NR. 11. LWOW, DNIA 1. CZERWCA 1904. ROK II.

GŁOS LEKARZY

Organ lekarzy Galicyi, Śląska i Bukowiny

SUBWENCYONOWANY PRZEZ GALICYJSKIE IZBY LEKARSKIE I PRZEZ TOWARZYSTWO „SAMOPOMOCY LEKARZY“

Wychodzi 1-go i 15-go każdego miesiąca.

Redaguje Komitet. Redaktor naczelny: Dr. Szczepan Mikołajski.

Adres w sprawach redakcyjnych i administracyjnych: Dr. Szczepan Mikołajski, Lwów, ul. Śniadeckich l. 6. — W sprawach inseratowych adres: Mgr. Julian Hausberg, Lwów, pl. Strzelecki, 2, I. piętro.

Prenumerata roczna wynosi 6 kor., w Rosyi 3 ruble, w Niemczech 6 marek. Wszelkie przesyłki pieniężne adresować należy: Dr. Jakób Moszkowicz, Lwów, ul. Akademicka, l. 14. — Konto czekowe pocztowej kasy oszczędności Nr. 839.786.

W jedności siła!

Ubezpieczenie lekarzy.

Do najpilniejszych postulatów społeczno - lekarskich należy sprawa ubezpieczenia lekarzy na starość i na wypadek nieudolności do pracy zawodowej, tudzież ubezpieczenia pensyj dla wdów i sierot po lekarzach. Zamierzam wkrótce zająć się szczegółowo tym tematem i przedstawić pokrótce, jakie były w tym kierunku dotychczas usiłowania i o jakie rozbiły się one trudności.

To każdemu z lekarzy wiadomo, że niema żadnych widoków, aby sprawę w bliskiej przyszłości w drodze ustawodawczej uregulowano, a wobec tego przezorność nakazuje, by każdy z nas sam myślał o losie swym i swej rodziny i na nieprzewidziane wypadki ją zabezpieczył.

Da się to najłatwiej uskutecznić przez ubezpieczenie w jednem z istniejących już Towarzystw asekuracyjnych. Atoli ubezpieczenie jakiej takiej emerytury i pensyi wdowiej i sierocej wymaga znacznych wkładów pieniężnych, na co przeważnej części lekarzy nie stać. Lekarz, mający 40 lat, a pragnący zabezpieczyć sobie emeryturę, płatną od 65 roku życia w kwocie 1000 kor. rocznie, musiałby w Tow. wzaj. ubezp. w Krakowie opłacać miesięcznie 79·5 kor. Ten sam lekarz, chcąc na wypadek swej śmierci zabezpieczyć żonie pensyę wdowią w kwocie 1000 kor. rocznie, opłacałby od tej renty pośmiertnej około 20 kor. miesięcznie, a chcąc jeszcze dla dzieci ubezpieczyć kapitał pośmiertny w kwocie 10000 kor., musiałby dopłacać miesięcznie po 30 kor. Razem więc wypadłoby płacić miesięcznie około 130 kor., a przeważna część lekarzy nie jest w stanie oszczędzić z dochodów praktyki takiej znacznej kwoty. Trudno byłoby marzyć o tem, by większość bodaj na dziesiątą część tej miesięcznej wkładki się zdobyła, a więc bodaj 13 koron miesięcznie opłacała, za co osiągnąćby mogła tylko bardzo mizerne renty ubezpieczeniowe.

Odezwały się przeto głosy, by reprezentacye lekarskie weszły w układ z Towarzystwami asekuracyjnemi i wyjednały dla lekarzy korzystniejsze warunki ubezpieczenia. Między innymi domagali się tego lekarze przemyscy na tegorocznem Walnem Zgromadzeniu Tow. Samopomocy. I rzeczywiście podobno Tow. Samopomocy nawiązało już takie rokowania.

Atoli trzeba sobie zdać sprawę z tego, że rokowania te nie osiągną pokaźnych rezultatów, gdyż premie asekuracyjne wyznaczone są na podstawie rachunku prawdopodobieństwa według zasad techniki asekuracyjnej, określającej w przybliżeniu ryzyko układu ubezpieczeniowego. A gdyby nawet Tow. ubezpieczeń udzieliło specyalnie dla lekarzy zniżki w wysokości 5%, co wydaje mi się niemożliwem, oszczędziłby lekarz, mający opłacać miesięcznie 130 kor., tylko 6 kor. 50 hal., a to nie na wieleby mu się przydało.

Tow. Samopomocy wprowadziło w życie kombinacyę, która przy poparciu wszystkich kolegów mogłaby zasilić fundusz zapomogowy i w ten sposób zapewnić lekarzowi lub jego rodzinie jakiś zasiłek w razie potrzeby. Zarząd główny Tow. Samopomocy objął agencyę Tow. ubezpieczeń i zachęca członków Towarzystwa, by za pośrednictwem tej agencyi siebie i swych znajomych do ubezpieczenia zgłaszali. Agencya otrzymuje od Tow. ubezp. prowizyę w wysokości około 2% każdej sumy ubezpieczonej, gdyby więc co roku agencya załatwiła bodaj 100 zgłoszeń na sumę ubezpieczenia przeciętnie po 10.000 kor., zyskałby tą drogą fundusz zapomogowy rocznie 20.000 kor.

Ale ta kombinacya nie rozwikłała trudności, gdyż ubezpieczającemu się lekarzowi daje wprawdzie pewne zadowolenie, że przyczynia się do wzrostu funduszu zapomogowego, jednak nie obniża wcale spłat dla ubezpieczonych, kto więc dotąd nie mógł się ubezpieczyć, ten i nadal będzie w tem samem trudnem położeniu.

Nieco odmienną kombinacyę wprowadziła morawska Izba lekarska, która również objęła agencyę Tow. ubezpieczeń, lecz prowizye obraca wyłącznie na korzyść samych ubezpieczających się, tworząc osobny fundusz, na ten cel przeznaczony, aby w razie chwilowej niezdolności płatniczej lekarza (w czasie choroby, zmiany miejsca pobytu itp.) z tego funduszu zapłacić za niego parę rat miesięcznych. Kombinacya taka zapewnia ubezpieczającym w razie przejściowej niezdolności płatniczej zwrot całej prowizyi od ubezpieczenia, przedstawia więc pewne korzyści materyalne dla lekarzy. Istotnie też wielu lekarzy morawskich z agencyi Izby lekarskiej skorzystało.

Ale i ta kombinacya jest niedostateczną, gdyż nie obniża zobowiązań płatniczych lekarza, chyba tylko chwilowo i w bardzo ograniczonym zakresie.

Przedstawiłem więc lwowskiej Reprezentacyi inny projekt, który niebawem ma być zrealizowany, a który umożebni nie tylko znakomitą obniżkę premij, ale nawet zupełnie bezpłatne ubezpieczenie. Projekt mój jest następujący:

Lwowska Reprezentacya Tow. Samopomocy obejmie, podobnie jak Zarząd główny Tow. Samopomocy, agencyę ubezpieczeń na życie dla lekarzy i dla osób zpoza stanu lekarskiego. Całą prowizyę od sumy, którą sobie lekarz ubezpiecza, tudzież od sum, ubezpieczonych przez osoby zpoza stanu lekarskiego, które ten sam lekarz do agencyi odkazał, zapisuje się na poczet zwrotów odnośnego lekarza i wypłaca się w drugim roku ubezpieczenia wprost Tow. ubezpieczeń, jako premie asekuracyjne tego lekarza, który skutkiem tego już tylko pozostałą resztę Tow. ubezpieczeń dopłaci. Przykład to lepiej wyjaśni. Lekarz, mający 28 lat, ubezpiecza kapitał 10.000 kor., który Tow. ubezp. ma wypłacić po jego śmierci wdowie lub innym członkom rodziny. Przypadnie mu za to ubezpieczenie opłacać rocznie 255 koron. Agencya otrzyma za przeprowadzenie umowy asekuracyjnej 200 kor. prowizyi i te 200 kor. po upływie roku spłaca imieniem ubezpieczającego się, jako jego premię asekuracyjną, tak, że temu lekarzowi wypadnie dopłacić jeszcze tylko 55 kor. w tym roku. Jeżeli teraz ten lekarz co roku zachęci tylko jedną osobę do asekurowania się za pośrednictwem naszej agencyi na sumę 10.000 kor., to i te prowizye pójdą na jego poczet, a więc lekarz, ubezpieczający się będzie stale płacił rocznie tylko po 55 kor. zamiast po 255 kor. Gdyby zaś ten lekarz zjednał w ciągu roku osobę

do ubezpieczenia na sumę 20.000 kor., lub kilka osób na łączną sumę ubezpieczoną 20.000 kor., w takim razie od swej asekuracyi wcale nie zapłaci i jeszcze pozostanie mu na następne lata nadwyżka gotówką na spłatę premij asekuracyjnych. Osoba, którą lekarz do ubezpieczenia zjednał, nic nie traci, bo jej jest zupełnie rzeczą obojętną, czy Tow. ubezp. wypłaci prowizyę naszej agencyi, czy jakiejkolwiek innej i będzie opłacała zupełnie te same miesięczne raty i to samo wpisowe, w tabelach asekuracyjnych oznaczone. Przyjmuję za rzecz już dowiedzioną, że werbowanie osób do asekuracyi życiowej, zwłaszcza w kole najbliższych znajomych, wcale lekarzowi nie uchybia, skoro taki werbunek zorganizowała Izba lekarska morawska i Zarząd główny Tow. Samopomocy lekarzy. Owszem, zdaje mi się, że zachęcenie kogoś do ubezpieczenia życiowego, a przez to do oszczędności i do poważnego liczenia się z przyszłością rodziny jest czynem chwalebnym i społecznie dodatnim. Ponieważ zaś lekarz nie potrzebuje w tym wypadku nawet występować w roli agenta, gdyż rolę tę spełnia agencya Reprezentacyi Tow. Samopomocy, cała jego działalność ograniczy się do przyjacielskiej rady, by osoba, chcąca się ubezpieczyć, zwróciła się w tym celu do naszej Reprezentacyi, przez co bez żadnego dla siebie uszczerbku i dla lekarzy będzie pomocną.

Na posiedzeniu Zarządu Reprezentacyi lwowskiej Tow. Samopomocy podniósł kol. dr Mayer niektóre wątpliwości, których omówienie doprowadziło do ustalenia dalszych szczegółowych norm w projektowanej akcyi. I tak, aby własną korzyść lekarza połączyć z dobrem ogółu lekarzy i przyczynić się do powstania nowych instytucyj humanitarnych w naszym zawodzie, postanowiono, że po otrąceniu kosztów administracyi zapisywać się będzie na poczet zwrotów tylko 80% prowizyi, a 20% wpłynie do osobnego funduszu, przeznaczonego na zasiłki dla tych kolegów niezamożnych, którzy dla poratowania zdrowia potrzebują wyjazdu do uzdrowisk klimatycznych lub sanatoryów. Fundusz taki bardzo się przydał dla wielu kolegów, dotkniętych początkami gruźlicy, lub wyczerpanych po przebyciu duru plamistego, czy innej choroby zakaźnej.

Do tego funduszu wpływałyby także w całości prowizye kolegów, którzy z góryby się zrzekli zwrotów i którzy z powodu dostatnich stosunków materyalnych nie potrzebują sami się ubezpieczać, lecz mogą dla poparcia naszej akcyi przysporzyć nam ubezpieczających się zpoza sfer lekarskich. Zresztą może i sama publiczność w razie spopularyzowania naszej agencyi wprost do nas się będzie zwracała, by ułatwić lekarzom zabezpieczenie bytu, a w takim razie prowizye od ubezpieczeń tych osób zasiliłyby fundusz sanatoryjny. Są też koledzy, którzy z powodu podkopanego stanu zdrowia lub podeszlejszego wieku ubezpieczenia uzyskaćby nie mogli, a mimo to zechcą zapewne współdziałać z nami i jednać znajomych do ubezpieczenia przez naszą agencyę.

Podając ten projekt do wiadomości wszystkich kolegów, proszę o dokładne rozpatrzenie się w sprawie i o rychłe nadesłanie opinij pod adresem redakcyi naszego pisma.

Dr. Szczepan Mikołajski.

Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy w Galicyi.

(Prace nagrodzone na konkursie „Głosu lekarzy“.)

I.

Położenie materyalne lekarzy praktyków na prowincyi.

(Ciąg dalszy.)

Są filozofowie, którzy jakby na ironię twierdzą, że jeszcze za mało ofiar z pośród lekarzy pochłania prowincya, że mało jeszcze tych tajonych przed światem łez, tej goryczy, rozpaczy, że trzeba u nas więcej lekarzy na prowincyi, bo 1 lekarz na 14.000 ludności to za mało a odwoływanie młodzieży od niewdzięcznego zawodu to hasło, przeciwne interesom społeczeństwa. Filozofowie ci powinni rozważyć, że nasza prowincya nie jest w stanie dać utrzymania nawet tej, stosunkowo nadmiernej liczbie lekarzy, którzy obecnie ją obsługują. Zestawmy pod tym względem rachunek prawdopodobieństwa, oparty na faktach statystycznych.

Przedewszystkiem jednak sprostujemy błędne twierdzenie, jakoby u nas na prowincyi 1 lekarz wypadał na 14.000 mieszkańców. Wykazaliśmy już poprzednio, że oprócz Lwowa i Krakowa, lekarze, osiedleni w miastach, w znacznej części oddają się praktyce wiejskiej. Urzędowe zaś daty statystyczne stwierdzają, że poza Krakowem i Lwowem wypada u nas 1 lekarz na 8381 mieszkańców. Jakież jest zapotrzebowanie tej liczby ludności co do pomocy lekarskiej?

Statystyka kas chorych, operująca materyałem milionowych cyfr członków wykazuje roczną chorobowość członków w wysokości 40% *). Zauważyć jednak trzeba, że w kasach dla chorych zabezpieczona jest ludność robotnicza, pracująca śród bardzo niekorzystnych warunków hygienicznych i narażona na t. zw. choroby zawodowe. Znaczny procent chorób wywołuje tu wpływ warsztatu, lub fabryki, wypełnionej pyłem, lub zjadliwymi gazami i inne szkodliwe czynniki. Dalej w statystyce kas dla chorych znajdujemy i stosunkowo nieznaczne zasłabnięcia, przedstawiane przez chorych przesadnie, jako upośledzające zdolność zarobkowania, tudzież znaczny poczet niewykrytych symulantów, którzy — zwłaszcza w razie braku pracy — pragną zyskać jaką taką zapomogę z kasy. Prof. Jordan w swej rozprawie o szpitalnictwie krajowem*) przyjmuje na podsawie statystyki szpitalnej liczbę chorych roczną dziesięć razy większą, niż liczbę zmarłych. Ponieważ obecna śmiertelność Galicyi wynosi 27.64‰ (w r. 1900), przeto na 100 osób wypadałoby u nas co roku 28 osób ciężko chorych. Możemy bez wielkiego błędu przyjąć jako przeciętną chorobowość na prowincyi 30% ludności Według tego klucza wypadałoby na 1 lekarza prowincyonalnego 2500 wypadków chorobowych rocznie. W rachunku tym uwzględnia się tylko przypadki cięższych, przeważnie obłożnych chorób. Liczbę chorych, zdolnych do pracy i kwalifikujących się do leczenia ambulatoryjnego, możnaby na podstawie statystyki kas chorych, przy uwzględnieniu krytycznem stosunków robotniczych, przyjąć dla prowincyi trzy razy większą od liczby ciężko chorych. Atoli zaledwie bardzo nieznaczny procent tych chodzących i pracujących chorych zasięga na prowincyi porady lekarskiej, tak, że dochód z praktyki ambulatoryjnej prawie nie wchodzi w rachubę przy ogólnem obliczaniu dochodów praktyka prowincyonalnego w małem miasteczku; w większych miastach stosunki są nieco odmienne, lecz tu mamy na myśli typ praktyka na głębokiej prowincyi.

Gdyby tedy lekarz leczył wszystkich chorych, na niego przypadających i gdyby każdy chory zasięgał w czasie choroby bodaj 3 razy porady lekarskiej, miałby każdy lekarz prowincyonalny przeciętnie na rok 7500 ordynacyj, czyli 20 ordynacyj dziennie.

Jednakże taki rachunek jest fikcyjny i przedstawia, jakby było, gdyby cały kontyngent chorych zwracał się do lekarza o poradę i opiekę lekarską. Na prowincyi organizacya kas dla chorych nie wiele wprawdzie ogranicza teren praktyki lekarskiej, lecz za to ogromna część ludności jest tak dalece biedną, że często nie ma nawet kartofli jałowych do jedzenia a wielu chleba nie jada.

W takiej ostatecznej nędzy o leczeniu własnym kosztem mowy być nie może, kraj, zaś pomimo nawoływań różnych rozsądnych polityków nie zorganizował dotąd należycie opieki nad ubogimi chorymi.**) Zdziałano niewiele w stosunku do potrzeb ludności na polu szpitalnictwa krajowego, a 120 lekarzy okręgowych i coś 60 gminnych na kraj o ludności 7½ miliona, to chyba za mało do leczenia wszystkich ubogich. Gminna pomoc dla ubogich chorych równa się prawie zeru.

Powtóre z tych, których stać na leczenie, wielka część nie wierzy w sztukę lekarską a hołduje średniowiecznym zabobonom, gusłom, znachorstwu, lub ucieka się o poradę do przeróżnych partaczy.

Najrozsądniejsi pojmują na wsi medycynę po swojemu, jakoby sztukę czarodziejską, która ma odrazu chorego uzdrowić i rzadko się zdarza, aby wieśniak leczył się systematycznie, częściej zużywa naraz lekarstwo, przepisane na dłuższy czas.

W ten sposób faktyczny popyt na pracę lekarską redukuje się co najwyżej do czwartej części istotnego zapotrzebowania a lekarz prowincyonalny nie ma więcej rocznie ordynacyj, niż przeciętnie 1500—2000, czyli dziennie 4—5 ordynacyj w praktyce prywatnej tj. poza praktyką urzędową, jako lekarz ubogich, lekarz kasy dla chorych, lekarz epidemij, lekarz kolejowy, więzienny itd.

Łatwo byłoby sprawdzić stopień popytu na pomoc lekarską na prowincyi przez skontrolowanie księgi recept w aptekach po małych miastach i miasteczkach. O całorocznej liczbie recept w najbliższej aptece wie każdy praktyk i przyzna mi, że w aptece, która obsługa okrąg o 60.000 ludności, zazwyczaj liczba ordynacyj względnie ekspedycyj receptowych nie dochodzi do 3.000 w ciągu roku tak, że na 100.000 ludności wypada najwyżej 5000 ekspedycyj, zamiast 90.000, gdyby każdy mniej więcej chory przynajmniej trzy recepty przyniósł do apteki. Gdybyśmy z tych danych chcieli obliczać liczbę chorych, leczących się racyonalnie, to odliczając repetycye, tudzież uwzględniając tę okoliczność, że na prowincyi prawie każdemu choremu z reguły zapisuje się 2 recepty, bo bez smarowania chory nie uwierzyłby w całą wiedzę lekarską, doszlibyśmy do rezultatu, że z pośród wszystkich chorych zaledwie dwudziesta część zgłasza się do lekarza po poradę. Rachunek wypadłby więc dla lekarza jeszcze skromniej, niż poprzednio obliczyliśmy.

*) Dr. Karl Jaffé: Stellung und Aufgaben des Arztes auf dem Gebiete der Krankenversicherung. Jena. 1903 (Str. 171. na 100 członków austryackich kas chorych wypada rocznie 40·1 osób chorych.)

*) „Przegląd Polski“ z mies. listopada 1903. Dr. Henryk Jordan: „O szpitalnictwie krajowem“.

**) W sprawie pauperyzmu i opieki nad ubogimi najwytrwalej przemawia w Sejmie pos. Małachowski, dotąd jednak bez żadnego skutku.

Biorąc jednak optymistycznie po 1500 ordynacyj rocznie na 1 lekarza prowincyonalnego, dochodźmy, ile z tego może zarobić i czy mu to wystarczy na skromne utrzymanie. Otóż na prowincyi pisze się wiele recept za darmo, jeśli się nie chce przyjąć honoraryum w kwocie 5, lub 10 centów. Pod tym względem koledzy różnie postępują i jedni biorą, choćby im i 1 centa dano, drudzy dopominają się o więcej, a gdy nie mogą nic wydusić z biednego, lub skąpego pacyenta, irytują się i za drzwi chorego wyrzucają, inni wreszcie nie przyjmują zbyt niskiego honoraryum i w takich wypadkach za darmo ordynują. Przyzwoitą zapłatą za ordynacyę lekarską na prowincyi jest kwota 1 korony, którą jednak konkurencya jeszcze obniża. Inteligencya płaci zwykle 2 korony, rzadko więcej. To samo wynagrodzenie otrzymuje lekarz prowincyonalny za ordynacyę u siebie, jak i za wizytę w domu chorego, nieraz nawet na odległych przedmieściach, chociaż w niektórych miasteczkach płacą za wizytę na przedmieściu i po 2 korony. W nocy nigdy nie liczy się wyższego honoraryum, jakkolwiek wizyty nocne są wcale częste. Również i przy konsyliach, które zresztą bardzo rzadko się zdarzają, lekarz ordynujący otrzymuje zwykłe honoraryum a tylko drugi lekarz, wezwany do konsylium, może wytargować trochę wyższą zapłatę, jeśli się o nią umie upomnieć.

Za wyjazd do chorych w okolicę płacą lekarzowi prowincyonalnemu od 4 koron do 10 koron stosownie do odległości i do czasu straconego. Operacye położnicze każą sobie niektórzy praktycy dość dobrze płacić i żądają w odleglejszych wsiach 30 a nawet 50 koron, lecz przy tem odbywają się tak rozpaczliwe targi, że lekarz zwykle wzrusza się nędzą ludzką i zadowala się 10 koronami. Dużo zresztą zależy od wyniku operacyjnego, bo przy zgonie rodzącej (o dziecię mniej chodzi włościanom) trudno w ogóle coś za trudy otrzymać. Trzeba też nadmienić, że praktyk prowincyonalny, nie mogąc chorej odjechać, gdy o parę mil mieszka, nie rzadko musi przy niej całą noc, a nawet całą dobę i dłużej wyczekiwać, aż wytworzą się warunki, do operacyi niezbędne. Częściej wszakże zastaje już stan bardzo zaniedbany, rozpaczliwy, gdzie już sztuka lekarska nie wiele wskórać może. Bywa też i tak, że lekarz, wyjechawszy z domu i przebywszy 1 lub 2 mile drogi, spotyka posłańca pieszego, lub konnego z wieścią o szczęśliwem rozwiązaniu rodzącej, lub też o jej śmierci, a wtedy wyjątkowo tylko coś za swą fatygę wytarguje. Miewałem i takie przygody, że po załatwieniu czynności oświadczono mi po prostu, że w domu niema ani grosza. I na to niema żadnej apelacyi. Praktyk niedoświadczony gniewa się w takich razach niepotrzebnie, albo, co gorsza, złorzeczy, nie szukając słów parlamentarnych na napiętnowanie wyzysku i nadużycia. Lepiej takie rzeczy przyjmować ze spokojem filozoficznym i rozważyć, że umierającemu z głodu ani religia, ani prawo świeckie za wielką winę nie poczyta, gdy ukradnie kromkę chleba, więc też i nędzarz, widzący przed sobą kres życia, z braku pomocy lekarskiej, ma prawo w gruncie rzeczy użyć nawet podstępu, byle sobie przez sztukę lekarską życie salwować.

W niektórych stronach jest utarty zwyczaj, że lekarz żąda naprzód złożenia należytości za wyjazd do chorego i każdy włościanin, jadąc po lekarza, odrazu bierze z sobą pieniądze, pyta, ile się należy, płaci i po dobrej zgodzie wiezie lekarza do chorego. Sposób to bardzo praktyczny, ale konsekwentne jego stosowanie nie zawsze łatwe. Raz tylko oddaliłem furmankę, gdy posłaniec nie miał przy sobie zapłaty, ale żałowałem tego później jako najcięższego grzechu i więcej już nigdy tak upartym nie byłem. Nieraz tu przecie chodzi o życie ludzkie.

Otóż, zliczając razem plusy i minusy, otrzyma lekarz prowincyonalny za 1500 rocznie ordynacyj przeciętnie po koronie, czyli zdobędzie 1500 koron rocznie albo miesięcznie 125 koron — rezultat, który w przybliżeniu *a priori* na podstawie doświadczenia oznaczyłem. Coś tam jeszcze kapnie z *visum repertum*, coś przyniesie szczepienie, coś komisyjka jakaś, ale *suma sumarum* trudno dociągnąć do 2400 kor. rocznie, jeśli się niema stałej jakiejś posady.

4. Wyniki ankiety w sprawie położenia materyalnego lekarzy.

Mógłby kto zarzucić, że dowolnie i na podstawie ciasnego zakresu własnej tylko obserwacyi przedstawiam położenie lekarzy praktyków prowincyonalnych. Rozpatrzmyż więc odpowiedzi na kwestyonaryusze komisyi zawodowej Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Rozesłano 1300 kwestyonaryuszy a odpowiedzi nadeszło do dnia 10. lutego b. r. 168, czyli 13%. Jest to więc materyał niedostateczny, nie upoważniający do uogólnień i byłoby wielkim błędem, gdybyśmy z nadesłanych odpowiedzi chcieli wycyfrować jakiekolwiek przeciętne dane, mające rzekomo do wszystkich lekarzy zastosowanie. Odpowiedziała na zapytanie zaledwie $^1/_8$ część lekarzy, a pobieżne przepatrzenie tych odpowiedzi przekonywa, że odpowiedzieli przeważnie koledzy, mogący się pochwalić jakiem takiem powodzeniem. Większość, a w tej większości niezawodnie znaczna część najbiedniejszych praktyków, milczy albo się wstydząc wyznać swą biedę, choćby bezimiennie, albo w przekonaniu, że szkoda czasu na zajmowanie się takiemi sprawami*).

Mimo to informacye, które przyniosła ankieta, są bardzo cenne, gdyż w ogóle dotąd nie było w tym kierunku zgoła żadnych danych, a powtóre krytyczne zużytkowanie tego materyału da bądź co bądź pewniejsze wskazówki, niż ogólnikowe twierdzenie, oparte na osobistem doświadczeniu. Należy tylko przy rozpatrywaniu odpowiedzi na kwestyonaryusz, ująć badanie w pewien system i poczynić pewne zastrzeżenia. Ponieważ zaś sam materyał, mojem zdaniem, jest nadzwyczaj ciekawy, dołączę w dodatku do tej pracy tabelaryczne zestawienie odpowiedzi, i to wszystkich 168, bez względu, czy dotyczą praktyków miejskich, czy prowincyonalnych.

Dla praktyki prowincyonalnej ważne są przedewszystkiem odpowiedzi od lekarzy, osiedlonych w gminach mniejszych, o ludności do 6.000 mieszkańców. W osobną kategoryę ujmuję lekarzy, osiedlonych w miastach o ludności ponad 6.000 do 15.000 mieszkańców. Miejscowości te nie przedstawiają już czystego typu praktyki prowincyonalnej, jakkolwiek do tego typu są zbliżone. Trzecią kategoryę tworzą praktycy, osiedleni w miastach o ludności ponad 15.000 mieszkańców, gdzie stosunki praktyki prowincyonalnej komplikują się już znacznie stosunkami praktyki miejskiej. Do czwartej grupy zaliczam miasta Lwów i Kraków, przedstawiające u nas typ praktyki wielkomiejskiej.

Nas tu obchodzi na razie wyłącznie grupa pierwsza, to jest praktycy w gminach drobnych. Ze względu na małą stosunkowo liczbę odpowiedzi z tej grupy, przyjmiemy tylko te szczegółowe odpowiedzi za znamienne dla wszystkich praktyków prowincyonalnych, które wypadły jednogłośnie, lub zbliżyły się bardzo do jednomyślności, jeśli bowiem kilkudziesięciu kolegów z tej samej kategoryi praktyki, a z różnych okolic kraju, bez uprzedniego porozumienia, konstatuje zgodnie pewien fakt, to bez wielkiego ryzyka można ten fakt uznać za powszechny w tej kategoryi lekarzy.

Ponieważ badamy tu warunki praktyki prywatnej, należy przeto przy obliczaniu rocznego dochodu odjąć od ogólnej sumy dochodu wszelkie stałe, lub uboczne dochody, a gdzie odpowiedź na kwestyonaryusz tego nie uwzględnia, musimy sami dla ujednostajnienia przeglądu dokonać tego wyróżnienia.

Z kategoryi lekarzy, osiedlonych w gminach o ludności do 6.000 mieszkańców, nadeszło 89 odpowiedzi, jednakże tylko co do 79 można obliczyć dochód roczny z praktyki prywatnej, gdyż inni albo w ogóle nie wykonują praktyki prywatnej, albo dali odpowiedzi niejasne. Cyfry rocznego dochodu z samej praktyki prywatnej są następujące: 273 K, 300 K, 400 K, 450 K, 500 K, 500 K, 600 K, 600 K, 700 K, 800 K, 800 K, 800 K, 992 K, 1100 K, 1140 K, 1150 K, 1160 K, 1177 K, 1200 K, 1200 K, 1200 K, 1300 K, 1400 K, 1400 K, 1440 K, 1550 K, 1550 K, 1680 K, 1850 K, 1950 K, 1950 K, 1985 K, 2100 K, 2150 K, 2240 K, 2250 K, 2300 K, 2370 K, 2340 K, 2350 K, 2200 K, 2300 K, 2400 K, 2440 K, 2400 K, 2400 K, 2400 K, 2514 K, 2600 K, 2638 K, 2607 K, 2775 K, 2752 K, 2800 K, 2800 K, 2900 K, 3010 K, 3007 K, 3110 K, 3160 K, 3250 K, 3400 K, 3520 K, 3540 K, 3600 K, 3840 K, 3980 K, 4000 K, 4000 K, 4500 K, 4600 K, 4900 K, 4720 K, 5300 K, 5404 K, 5700 K, 6100 K, 8550 K, 10.691 K.

Widzimy więc, że ponad 3000 K ma dochodu rocznego z praktyki prywatnej tylko 23 lekarzy tej kategoryi, 32 ma mniej, niż 2000 K, a 24 od 2000 do 3000 K.

Wynik ankiety zatem niewiele odbiega od obliczeń naszych „a priori", a jakkolwiek przedstawia stosunki w nieco korzystniejszem świetle, to jednak zważyć trzeba, że odpowiedzi przesłali stosunkowo liczniej lekarze, którym się jeszcze nie źle powodzi, prawie sami tylko lekarze, posiadający stałe posady, a niektórzy z nich, jako prymaryusze szpitali prowincyonalnych, lub z powodu zajmowanej posady innej mają i praktykę wielce ułatwioną.

Ankieta stwierdziła, że lekarze prowincyonalni bardzo wiele wizyt lekarskich odbywają bezpłatnie w zakresie praktyki prywatnej, a roczna cyfra bezpłatnych ordynacyj waha się w szerokich granicach od 100—1500. Względna częstość bezpłatnych ordynacyj zależy od wielu lokalnych czynników. Tam, gdzie w ogóle lud więcej jest skłonny do racyonalnego leczenia i gdzie nie grasują bardzo znachorzy, także i biedni udają się do lekarza po poradę częściej, niż w innych okolicach. Jeden z kolegów, odpowiadając na kwestyonaryusz, wyraźnie zaznacza, że prawie wszystkich chorych w domu swoim leczy bezpłatnie w tym celu, aby ludność, wierzącą tylko w znachorów, przekonać o skuteczności ordynacyj lekarskich. Nie chcę rozstrzygać, czy taka zasada jest praktyczna, pamiętać jednak trzeba, że lud często mało sobie ceni bezpłatne usługi. Należałoby więc i w tym względzie trochę indywidualizować. Nadto zaś takie apostolstwo lecznicze tam tylko jest istotnie możliwe i dopuszczalne ze stanowiska etyki lekarskiej, gdzie lekarz ma już byt zabezpieczony przez posadę stałą, należycie płatną i gdzie inni koledzy w tej samej miejscowości

*) Także i w innych krajach, np. w Morawie, nie lepiej dopisały podobne ankiety np. w sprawie położenia lekarzy okręgowych.

również o dochody z praktyki lekarskiej wiele dbać nie potrzebują.

Zupełna jednozgodność jest co do wysokości honoraryów. Ordynacya w domu ma w małych miastach i miasteczkach zupełnie ustaloną taryfę w kwocie 1 korony. Niektórzy tylko koledzy podają, że otrzymują 1—2 K, z pewnością jednak honorarya wyższe od 1 kor. zdarzają się rzadko przy ordynowaniu dla inteligencyi, lub dla wyjątkowo ambitnych osób, jakie się i śród włościaństwa spotyka, które pracę lekarza chętnie i należycie oceniają. Również i za wizyty poza domem, tudzież za konsylia, podaje wielu kolegów honoraryum w kwocie 1 K, inni zaś pobierają po 2 K, rzadko więcej. Natomiast kilku kolegów przyznało się otwarcie do niższej skali wynagrodzeń lokalnych od 0·40—1·0 K. Z pewnością co do tego szczegółu zeznania większości niezupełnie były szczere, a niejeden wstydził się niezawodnie przyznać do tak niskiego wynagrodzenia.

Także i co do wyjazdów w okolicę mniej więcej jest w różnych stronach kraju ta sama obyczajowa taryfa, po największej części 4—10 K. Niektórzy lekarze ułożyli sobie pewien system w obliczaniu należytości, a to według odległości i straty czasu. Zeznania te są bardzo ciekawe i cenne dla przygotowania danych w celu ułożenia w Galicyi pewnych stałych norm taryfowych za czynności lekarskie, o co z wielu stron upominają się lekarze.

Wielce zajmujące są dane, odnoszące się do partactwa leczniczego. Wszyscy lekarze i to nie tylko prowincyonalni, lecz i miejscy, podnoszą ogromne rozwielmożnienie u nas partactwa leczniczego. Oprócz chłopów-znachorów i składaczy złamanych kości, oprócz bab wiejskich, leczących ziołami, konkurują z lekarzem z amatorstwa dwory, księża, zakonice, nauczyciele ludowi, golarze, wysłużeni przy wojsku i po cywilnych szpitalach dozorcy chorych, profesorowie szkół średnich i t. d. Pewien profesor seminaryum nauczycielskiego używa przy badaniu kobiet wziernika pochwowego! Nawiasowo dodam, że we Lwowie znajduje się w rękach jednego z kolegów jako przykład i dowód, do czego dochodzi u nas partactwo lecznicze, recepta, zapisana „lege artis“ na Extr. Hydrastis canad. i Tra Strophanti. Jest to jedna z ordynacyj pewnego księdza, który ma rozległą praktykę lekarską. W odpowiedziach wyraźnie wymieniono, jako trudniących się partactwem leczniczem, oprócz znachorów: Księży 16 razy (zarówno rzym.-kat., jak grecko-kat.), zakonice w ogóle 8 razy, S. S. Miłosierdzia 7 razy, S. S. Służebniczki 6 razy, S. S. Niepokalanki 1 raz, gospodynie księży 1 raz, cyrulików i golarzy 10 razy, dworskie panie 4 razy, dwory w ogóle 2 razy, szlachcica zbankrutowanego 1 raz, profesora seminaryum 1 raz, wróżki 1 raz, profesora seminaryum 1 raz, kominiarza 1 raz, aptekarzy 2 razy, akuszerki 2 razy, drogistów 1 raz, kowala (rwie zęby) 1 raz, malarza (t. zw. „doktor z książki“) 1 raz, żołnierza 1 raz.

Jeden z fryzyerów w większem mieście prowincyonalnem ma tak rozległą praktykę, że, według zdania zeznającego lekarza, wystarczyłaby ona dla 2 lekarzy. Niektórzy partacze nabrali zamiłowania do tego zajęcia przez chwilowe, lub uboczne zetknięcie z medycyną. I tak dozorcy chorych, o których już wspomnieliśmy, akuszerki, aptekarze, drogiści, coś nie coś podpatrzyli z medycyny. Jeden partacz nauczyciel jest synem lekarza, pewien ksiądz, rozgłośny w okolicy partacz, był przez rok na medycynie. Zresztą księża w kilku wypadkach uprawiają homeopatyę. Oprócz przeróżnych obojętnych ziół, mają wziętość u partaczy także pigułki Morisona. Cyrulicy i zakonice leczą bańkami, pijawkami i plastrami. U jednego z partaczy (Niemca) cieszy się wziętością aplikowanie Baumscheidta, jak wiadomo, zakazanego przez rząd; lud nazywa baumscheidtowanie „maszynowaniem“.

Z innych wpływów, oddziaływujących na praktykę prowincyonalną, wspomniano w odpowiedziach na kwestyonaryusz, jako o korzystnym czynniku, o emigracyi zarobkowej, która ludności dostarcza gotówki na opędzenie niezbędnych wydatków, a więc i na leczenie. Natomiast parcelacya obszarów dworskich, tak szybko u nas postępująca, jest dla praktyki lekarskiej niekorzystna, albowiem usuwa dwory, dające lekarzowi stosunkowo często zarobek, chociaż niezbyt obfity, a parcelanci, kupując grunt na spłatę, w ciągu dłuższego czasu muszą sobie odmawiać różnych potrzeb i w chorobie lekarza nie wzywają, albo go mizernie opłacają. Tak samo rozszerzenie kopalń nafty odczuwają lekarze w ubytku dochodów, gdyż zmniejsza się liczba osiadłych gospodarzy, a robotnicy fabryczni mają swojego lekarza kasowego.

W ogóle przemysł fabryczny ogranicza teren praktyki prywatnej przez organizacyę kas chorych, a w centrach ruchu kopalnianego praktyki prywatnej prawie zupełnie niema.

Kilku kolegów prowincyonalnych żali się na lekarzy wielkomiejskich, którzy w porze wakacyjnej dla wytchnienia na prowincyi się zjawiają i leczą chorych „po znajomości“ za darmo, nie bacząc, że przez to pozbawiają chleba praktyków miejscowych.

Zresztą między samymi praktykami prowincyonalnymi wre straszliwa walka o chleb. Wielu posługuje się faktorami, rekrutującymi się głównie z pośród golarzy, cyrulików i akuszerek, którym protegowany lekarz za to wywdzięcza się, rekomendując ich chorym. Odmawianie chorych lekarzowi, a naganianie ich do innego lekarza ustaliło się widocznie w pewną metodę, gdyż jeden z lekarzy ze wschodniej części kraju, utyskujący na te nadużycia, opowiada zupełnie te same szczegóły, które osobiście obserwowałem na zachodnim krańcu Galicyi przed paru laty. Oto faktor opowiada chorym, że lekarz, do którego spieszą, wyjechał do kąpiel na 6 tygodni, albo że już umarł, albo, że nie chce chodzić do chorych.

Znamienne są odpowiedzi w kwestyonaryuszu na pytanie: „jaki jest stosunek z innymi kolegami?“ Z pośród lekarzy prowincyonalnych 7 określiło ten stosunek jako „bardzo dobry“, 1 jako „bardzo przyjazny“, 24 jako „dobry“, 3 jako „dość dobry“, 3 jako „znośny“, 1 jako „przyjazny“, 1 jako „dość życzliwy“, 1 jako „bardzo serdeczny“, 1 jako „w najlepszej komitywie“, 1 jako „dość spokojny“, 1 jako „względnie dobry“, a zatem 44 z pośród 89 (czyli prawie połowa) lekarzy, którzy nadesłali odpowiedź (z kategoryi lekarzy, osiedlonych w miejscowościach, liczących do 6000 mieszkańców), zeznało, że stosunki koleżeńskie są mniej, lub więcej dobre. Druga połowa po części wstrzymała się od odpowiedzi, po części zaś wyraża się z pewnemi zastrzeżeniami, albo wprost zeznaje, że panują stosunki niekoleżeńskie. I tak opiewają odpowiedzi na zadane pytanie: „dość dobry — z początku nieznośny“, „bardzo bierny“, „towarzysko dobry, konkurencyjnie bardzo zły“, „jak ze znajomymi“, „chłodny — brak koleżeńskiego pożycia“, „obecnie bez zarzutu“, „dość oziębły“, „mniej więcej koleżeński i dobry“, „dobry, ale z daleka“, „znośny, politykujemy“, „wzorowy z mojej strony“, „obecnie dobry“, „mógłby być lepszy“, „z małymi wyjątkami dobry“, „z dawnymi kolegami był stosunek serdeczny, z obecnymi zły, ale przyzwoity“. Niektórzy indywidualizują i z jednymi kolegami łączy ich stosunek dobry, z innymi zły, piszą więc w kwestyonaryuszu: „z niektórymi nieprzyjazny“, „jeden kolega nieetyczny, z innymi dobrze“, „z jednym bardzo zły, z resztą kolegów bardzo dobry“, „z dwoma kolegami bardzo dobry“, „bardzo dobry, z wyjątkiem z lekarzem rządowym“, „oprócz z jednym kolegą w ogóle dobry“. Często powtarza się wyjaśnienie, że w miejscu siedziby lekarze są w złych stosunkach koleżeńskich, a z sąsiadami w dobrych: „z miejscowym fatalny, z innymi wcale dobry“, „w miejscu jak najgorszy, w okolicy bardzo dobry“, „z sąsiadami, z wyjątkiem jednego... bardzo dobry“, „z miejscowymi żadnych stosunków, z sąsiadami bardzo przyjazny“, „z kolegą w miejscu nie mówię, ani nigdy — oprócz w sądzie — nie schadzamy się“. Inni wreszcie praktycy prowincyonalni wręcz uznają stosunek z innymi kolegami jako „najgorszy“, „nieprzyjazny“, „bardzo przykry“.

Przeważna część lekarzy z tej kategoryi, którą rozpatrujemy, jest zabezpieczona w towarzystwach asekuracyjnych, głównie w krakowskiem i to po największej części na przeżycie, a bardzo niewielu na dożycie. Z pośród 89 jest 53 asekurowanych, a nadto 31 asekurowało się na wypadek kalectwa lub śmierci wskutek nagłej przygody. Inni mają zapewnione emerytury, lub są kawalerami, lub mają osobisty majątek. Kwota, ubezpieczona na przeżycie, wynosi zwykle 5—10.000 kor., rzadko więcej. Niektórzy pragną się ubezpieczyć, lecz nie stać ich na opłatę premij.

Co do skali życia, to znajdujemy w kwestyonaryuszu tylko pytanie, z ilu ubikacyj składa się mieszkanie, a z odpowiedzi wynika, że większość praktyków prowincyonalnych zajmuje 3 lub 4 pokoje, za czynszem rocznym, lub wartości czynszowej 400—700 kor., nieznaczna mniejszość ma 5, a nawet 6 lub 7 pokoi. Bardzo wielu lekarzy, posiadających posadę stałą rządową, lub autonomiczną, postarało się o własny domek, wystawiony często za pożyczone pieniądze tak, że co roku spłacają raty amortyzacyjne. Takie zagospodarowanie się jest nieraz na prowincyi konieczne, gdyż lekarz nie może znaleść odpowiedniego mieszkania. Ze względu na ordynacye potrzebuje on 2 ubikacyj: kancelaryi przyjęć i poczekalni, a na potrzeby rodziny chociaż 2 ubikacyj, razem tedy 4 pokoi, a w naszych miasteczkach mało jest mieszkań takich do wynajęcia.

Dla uzupełnienia obrazu przytoczę tu parę typów lekarzy prowincyonalnych, co do materyalnego położenia, jak je oświetliła ankieta. Wezmę więc dla przykładu odpowiedzi: 1) praktyka bardzo biednego, 2) praktyka biednego, 3) praktyka mogącego wyżyć jako tako, 4) praktyka, któremu się dobrze powodzi. Konkretne te przykłady więcej rzucają światła na sprawę, niż uogólnianie na podstawie odpowiedzi, nadesłanych zaledwie przez $^1/_8$ część lekarzy i to przeważnie zasobnych.

1).

Kol. . . . . . otrzymał dyplom w r. 1891, przebył 1 rok bezpłatnie w klinice, potem przez pół roku praktykował w szpitalu za pewnem wynagrodzeniem, a w r. 1893 rozpoczął praktykę prywatną. Od r. 1900 mieszka w miasteczku, liczącem 3000 mieszkańców, a jest to już piąty jego posterunek lekarski. Zajmuje się praktyką ogólną. W tej miejscowości niema zresztą więcej lekarzy.

Ma posadę lekarza okręgowego stabilizowanego, bez emerytury, bez awansu, bez zabezpieczenia dla wdowy i sierót pensyi. Pobiera wraz z ryczałtem na objazdy 1400 kor. rocznie, komisye polityczne przynoszą mu rocznie 150 kor., szczepienie 200 kor.

Ma i aptekę podręczną, która mu jednak raczej straty, niż dochód przynosi, bo leki się psują.

Mieści się w 2 pokoikach, z których opłaca rocznie 240 K czynszu.

Za ordynacyę w domu pobiera 0·8 kor., poza domem po 1 kor., za wyjazd do 10 km. odległości płacą mu 5 kor. Cały jego dochód roczny wraz z pensyą wynosi przeciętnie 2200 kor., a zatem sama praktyka prywatna przynosi mu rocznie dochodu 450 kor., czyli niespełna 38 kor. miesięcznie.

Nie jest przeciążony pracą, bo z tytułu swego urzędu zaledwie na rok 120 wizyt bezpłatnie udziela.

Oczywiście nic nie oszczędza, nie jest ubezpieczony. Widoków poprawy bytu nie ma, bo dochody stoją w mierze i nie odczuwa jakiegoś zwiększenia się praktyki.

Podkreślam, że przedstawiam tu typ lekarza, pozostającego w nędznych warunkach, a nie wyszukałem najbiedniejszego, przeciwnie jest wielu, którzy jeszcze daleko mniej mają.

2).

Kol. . . . . . uzyskał dyplom w r. 1899, a następnego roku rozpoczął praktykę, osiedliwszy się w miasteczku, w którem aż dotąd przebywa, a które liczy 3000 mieszkańców.

Zajmuje posadę, przynoszącą mu rocznie 560 kor., a nie połączoną ani z emeryturą, ani z awansem, ani z pensyą wdowią i sierocą. Oprócz niego jest w tej samej miejscowości jeszcze paru lekarzy. Pracy z tytułu posady ma sporo, ordynuje rocznie dla 2000—3000 chorych, tak, że przeciętnie za 1 pacyenta wypada mu honoraryum 20 hal. Praktyka prywatna przynosi za ordynacyę w domu, czy poza domem 1—2 kor., a za wyjazdy do chorych przy stracie czasu pół do półtora dnia otrzymuje 10—40 koron. Ponad obowiązek służbowy udziela w praktyce lekarskiej rocznie około 150 wizyt bezpłatnie.

Mieszka w 4 pokojach, z których opłaca czynszu 575 kor.

Z praktyki prywatnej ma rocznie 2440 kor., lecz dochód ten obecnie się zmniejsza z powodu osiedlania się w okolicy nowych lekarzy.

Nie tylko nic oszczędzić nie może, ale musi pokrywać coraz większy deficyt, zapewne z osobistego majątku, lub z posagu żony, nie wspomina bowiem w odpowiedzi na kwestyonaryusz, jakoby miał jakieś uboczne zajęcie, przynoszące dochód. Zaasekurował się na 3000 koron.

3).

Kol. . . . . . promowany w r. 1890, praktykował bezpłatnie przez 1 rok w szpitalu, potem osiadł w miasteczku, w którem i obecnie przebywa, a w którem jeszcze drugi lekarz praktykuje. Łączy ich stosunek koleżeński dość dobry.

Ma stałą posadę, bez awansu, bez emerytury, bez pensyi dla wdowy i sierót, z płacą 1000 kor. rocznie i drugą posadę z płacą 80 kor. rocznie! Sądowe komisye przynoszą mu rocznie 240 kor., za „visa reperta“ zarabia rocznie 500 kor., za komisye polityczne bierze około 100 kor., za szczepienie 180 kor.

Za ordynacyę w domu i u chorego otrzymuje po 1 kor., a wyjątkowo od inteligencyi 2 kor. Za wyjazd płacą do 10 kor. Rocznie udziela w praktyce prywatnej 400 wizyt bezpłatnych. Praktyka prywatna przynosi rocznie przeciętnie 4900 kor., razem z poborami innymi roczny dochód wynosi 7000 kor. Z dochodów coś oszczędza i zbiera już nawet procenty z tych oszczędności. Asekurował się na 10.000 kor. Zajmuje 5 pokoi, za które opłaca 500 kor. rocznie. Zażywa u ludnońci miru, gdyż piastuje różne honorowe stanowiska małomiasteczkowe z wyboru obywatelskiego.

4).

Kol. . . . ., promowany w r. 1897, spędził w szpitalach na praktyce 2 lata i 9 m., poczem osiadł w miasteczku, gdzie jeszcze praktykuje paru lekarzy. Ma różne posady, bez emerytury, bez awansu i bez pensyi dla wdowy i sierót, a posady te i komisye przynoszą mu rocznie 2600 kor. dochodu.

W domu u siebie ordynuje za 1—5 kor., poza domem i na konsyliach bierze 2—10 kor., za wyjazdy liczy: przy stracie ½ dnia 10 kor., za cały dzień 30 kor., za wyjazd nocny 30—40 kor. Udziela rocznie bezpłatnie 1000 wizyt. Cały dochód roczny wynosi 8000 kor. Z tego oszczędza rocznie 2000 kor. i spłaca dawne długi, Mieszkanie jego składa się z 4 pokoi i kosztuje 840 kor. rocznie. Asekurował się na 5000 kor. a również ubezpieczył się od wypadku.

5. Budżet lekarza prowincyonalnego.

Omawialiśmy dotąd dochody praktyka prowincyonalnego. Zestawmy teraz bilans najskromniejszych wydatków lekarza, mającego żonę i tylko dwoje dzieci, chowających się jeszcze w domu nie utrzymywanych na edukacyi w większem mieście:

Mieszkanie rocznie	600	kor.
Opał	200	„
Światło	50	„
Sługa	120	„
Pranie	50	„
Wikt	1440	„
Ubranie	400	„
Tytoń	140	„
Podatek	50	„
Tow. lek. gal.	24	„
Tow. Samop. lek.	12	„
Kasa chorych lek.	72	„
Głos lekarzy	6	„
Dziennik polityczny	20	„
Pismo literackie	16	„
Instrumenty	50	„
Książki i pisma fachowe	100	„
Kasyno	24	„
Tow. Szkoły lud.	2	„
Sokół	12	„
Asekuracya na 10,000 kor. dla żony i dzieci w razie śmierci lekarza	360	„
Kasa pogrzebowa lek.	6	„
Noworoczne dla listonoszy, policyi, kolędników itd.	20	„
Drobne wydatki	60	„
Razem	4238	kor.

Każdy znawca stosunków prowincyonalnych przyzna, że bilans wydatków zestawiłem bardzo skromnie, ograniczając rachunek do najniezbędniejszych potrzeb.

Cenę mieszkania biorę według czynszu przeciętnego w naszych miasteczkach za mieszkanie, składające się z 4 pokoi, przedpokoju, kuchni, wraz z przynależnościami, z czego na potrzeby ordynacyi są przeznaczone 2 pokoje a 2 pokoje na potrzeby rodziny lekarza.

Do tych niezbędnych rocznych wydatków trzeba jeszcze doliczyć kwotę amortyzacyjną na spłatę wydatków, połączonych ze studyami medycznemi, względnie długu na te studya zaciągniętego, a pozycya ta, obliczona jak najskromniej, wyniesie z pewnością rocznie 762 kor. Otrzymamy więc jako *minimum egzystencyi* dla lekarza prowincyonalnego w Galicyi kwotę rocznego wydatku 5000 kor.

Z sumy tej wypada na wydatki, połączone ściśle z wykonywaniem zawodu:

Kancelarya, poczekalnia i przedpokój (czynsz)	250	kor.
Opał w tych ubikacyach	80	„
Oświetlenie	25	„
Obsługa	50	„
Tow. lek. gal. i Tow. Samop. lek.	36	„
Kasa chorych lekarzy	72	„
Podatek	50	„
Głos lekarzy, instrumenty, książki	156	„
Asekuracya życiowa	360	„
Kasa pogrzebowa lekarzy	6	„
Drobne wydatki	30	„
Amortyzacya kapitału, wyłożonego na studya lekarskie	762	„
Razem	1877	kor.

A więc na utrzymanie własne i rodziny pozostanie 5000—1877 = 3123 kor. rocznie, czyli 260 kor. miesięcznie, co mniej więcej odpowiada skali bytu i poborom (wraz z komisyami) adjunkta podatkowego, lub kancelisty sądowego, więc chyba nie stanowi zbyt wygórowanych wymogów życiowych dla człowieka z uniwersyteckiem wykształceniem.

Dla stwierdzenia, w jak skromnych granicach ten bilans zestawiono, przytoczę tu bilans lekarza prowincyonalnego w Morawach, ułożony przez dr. Kuczerę z Branowic i ogłoszony w rozprawie o taryfie lekarskiej, która to rozprawa pojawiła się w r. 1901 w czeskim „Vestniku“ (dodatku do „Czasopisma lekarzy czeskich“) i nabrała pewnego rozgłosu nie tylko w Czechach, ale i w niemieckich prowincyach.*)

Otóż dr. Kuczera tak oblicza *minimum* egzystencyi lekarza prowincyonalnego w Morawie:

Amortyzacya kapitału, włożonego w studya lekarskie	1800	kor
Wikt lekarza i rodziny po 150 kor. miesięcznie	1800	„
Ubranie	1000	„
Mieszkanie, opał, światło	800	„
Utrzymanie i płaca 1 sługi	300	„
Ubezpieczenie lekarza od wypadku i od choroby	300	„
Podatki wraz z dodatkami, wkładki do Izby lek. i do Towarzystw lekarskich, tzw. koszty reprezentacyjne, jako to napiwne i noworoczne, przeróżne subskrypcye, datki na cele dobroczynne	400	„
Reparacya i zakupno instrumentów	200	„
Prenumerata pism fachowych i książki fachowe	200	„
Razem	7300	kor.

*) Patrz: Aerzte-Kamer-Blatt z r. 1901 Nr. 21 i dalsze, w którc toczy się dyskusya nad referatem dr. Kuczery.

Jeśli jednak dla Galicyi przyjmiemy, że *minimum egzystencyi* lekarza prowincyonalnego wynosi tylko 5000 kor., to i tak nie ulega najmniejszej wątpliwości, że taki dochód chyba bardzo wyjątkowo przynosi praktyka prywatna, gdyż, jak wyżej wykazaliśmy, praktyka ta przeciętnie daje co najwyżej około 1500 kor. dochodu rocznego, pozostaje więc praktykowi prowincyonalnemu do pokrycia roczny deficyt w sumie około 3500 kor. Jak z tym deficytem radzi sobie lekarz, to często jest tajemnicą dla świata, a prawdziwą tragedyą w życiu domowem lekarza.

Pewna część lekarzy pokrywa deficyt pensyą ze stałej posady. Jest w Galicyi 120 lekarzy okręgowych i kilkudziesięciu lekarzy gminnych. Lekarz okręgowy, pobierający rocznie 1000—1200 kor. a nadto oszczędzający z ryczałtu na objazdy choćby 300 kor., będzie jeszcze w wielkich kłopotach finansowych, o ile nie dopiszą inne źródła dochodu, bo braknie mu do pokrycia niezbędnych wydatków około 2000 kor. Gorsza jescze jest egzystencya lekarza gminnego, czyli miejskiego, gdyż nie wiele gmin płaci swemu lekarzowi 1000 kor. rocznie i jakkolwiek ustawa wyraźnie postanawia to *minimum* płacy, dotąd nie dopatrzono gmin, by ten przepis ustawy wykonały, wlecze się więc nadal prowizoryum, krzywdzące lekarzy.

Jeśli tedy dla lekarza na prowincyi egzystencya bez posady stałej jest wręcz niemożliwa, to i lekarz okręgowy, lub gminny musi jeszcze kumulować posady, obejmować obowiązki lekarskie przy kolei, w kasie chorych itp. i pilnie krzątać się za komisyami politycznemi i sądowemi, aby jako tako związać koniec z końcem.*) Dopiero przy takiej kumulacyi i ogromnie wytężającej pracy zdoła pewna część lekarzy prowincyonalnych wyżyć, gdy jednak w ten sposób szczęśliwsi i energiczniejsi zabierają wszelkie dostępne dochody z publicznej służby zdrowia, większość musi żyć w nędzy. Policzmy, ilu z lekarzy (89) prowincyonalnych zeznało w ankiecie dochód brutto w kwocie 5000 kor. rocznie. wliczając w to wszelkie pensye i dochody lekarskie:

3	lekarzy ma dochód od	—	do	1000	koron.
8	„ „ „ „	1000	„	2000	„
17	„ „ „ „	2000	„	3000	„
15	„ „ „ „	3000	„	4000	„
19	„ „ „ „	4000	„	5000	„
27	„ „ „ „	5000	koron wyżej.		

A zatem 70% lekarzy nie może zarobić tyle, aby opędzili najniezbędniejsze potrzeby życia, a tylko 30% dochodzi rocznie do 5000 kor., lub więcej. A musimy tu znowu powtórzyć jeszcze raz z naciskiem, że w ankiecie z całą pewnością wzięli udział w większej stosunkowo liczbie lekarze, którym się dobrze powodzi, a stosunkowo niewielu lekarzy, którzy słusznie na swój los skarżyć się mogą. Gdyby na kwestyonaryusz odpowiedzieli wszyscy lekarze bez wyjątku, okazałoby się niezawodnie, że ani dziesiąta część lekarzy prowincyonalnych nie jest w stanie wyżyć na takiej stopie, która mniej więcej odpowiadałaby ich stanowisku!

W jakże jaskrawej sprzeczności z tymi stosunkami jest aforyzm dr. W. Biegańskiego, że „człowiek, który lubi swój zawód, przy odrobinie zdolności zawsze wybić się musi.**) Czyżby w naszym kraju było tak rzadkie zamiłowanie w sztuce lekarskiej? Bynajmniej. Lecz powodzenie materyalne w zawodzie lekarskim tak, jak powodzenie w każdym innym zawodzie pracy fizycznej i umysłowej, zależy nie tylko od uczuć, ale od stosunku popytu do podaży pracy, a u nas popyt za pracą lekarską jest bardzo mały i podaż tej pracy znacznie popyt przewyższa. (C. d. n.)

W sprawie alkoholizmu.

Od autora pracy konkursowej o położeniu lekarzy praktyków na prowincyi otrzymujemy następujące uwagi:

»Słowo polskie« przyparto do muru z powodu znanej nowelki, charakteryzującej lekarzy lwowskich, jako hulaków, karciarzy, zgrywających się w ferbla, blagierów, podtrzymujących swą reputacyę lekarską sztuczną reklamą, jako ludzi chciwych grosza, tęskniących za epidemią tyfusu lub szkarlatyny, wreszcie jako niesumiennych wyzyskiwaczy, okłamujących za wspólnem porozumieniem i straszących bezpodstawnie rodzinę chorego niebezpieczeństwem choroby, byle jak najczęściej schodzić się na konsylium i dobrze się obłowić. Na słuszne oburzenie lekarzy, które i w »Głosie lekarzy« wyraz znalazło, odpowiedziało »Słowo polskie« w ten sposób, że solidaryzowało się zupełnie z treścią i z tendencyą nowelki, a to stanowisko uzasadniło trzema walnymi argumentami. Zaznaczyło po pierwsze, że nowelka p. t. »Konsylium« była »żarcikiem«, lekarze więc nie powinni się gniewać, bo chociaż im trochę dokuczono, lecz za to ubawiło się kilkanaście tysięcy czytelników. Powtóre przytoczyło »Słowo pol.«, że powieściopisarzom i nowelistom wolno przedstawiać typy osób, mało idealnych, a chociażby przy tem odbiegali od stosunków rzeczywistych i wiele zmyślali, stanowi to już ich przywilej. Po trzecie powołało się »Słowo polskie« na tę okoliczność, że i »Głos lekarzy« niepochlebnie pisze o lekarzach, gdyż w pracy konkursowej, drukowanej w tem piśmie, zarzuca »Głos lekarzy« znacznej części lekarzy »pijaństwo i ruinę moralną«.

Według więc »Słowa polskiego« zawiniła redakcya »Głosu lekarzy« przyjmując do druku pracę, którą jednogłośnie zalecił do publikacyi Sąd konkursowy, złożony z prezydenta lwowskiej Izby lekarskiej, dwóch profesorów medycyny i trzech lekarzy.

Jako autor pracy, która dała »Słowu polskiemu« pochop do podobnych twierdzeń, muszę zaprotestować przeciw nielojalnej metodzie krytyki, w »Słowie p.« uprawianej. Z pierwszego urywku mej pracy wydarto jedno zdanie końcowe, podkreślono w niem samowolnie parę zwrotów, przedstawiono jako samoistną tezę i użyto przewrotnie jako środka w celu dywersyi wobec ataków, spowodowanych przez znaną nowelkę p. t. »Konsylium«.

Wspomniałem o alkoholiźmie wśród lekarzy prowincyonalnych, jako o jednym ze skutków nędznych warunków materyalnych w zawodzie lekarzy. Skreśliłem w ogólnych rysach straszną walkę z życiem u praktyków prowincyonalnych, dałem obraz rozpaczy, która nie tylko alkohol, ale nawet zjadliwszą i rychlej skuteczną truciznę może doradzić. Jeśli się wydrze z tego rozumowania samo tylko twierdzenie, że wielu lekarzy alkoholizmowi podlega, w takim razie dopiero to twierdzenie staje się dla lekarzy obelgą, gdyż przedstawia alkoholizm lekarzy jako samoistną chorobę moralną, podczas gdy jest on tylko objawem głębszych i poważniejszych niedomagań społecznych. Niechże to jednak czyni »Słowo pol.« na własną odpowiedzialność a nie wmawia w autora pracy intencyj, które samo żywi wobec lekarzy.

O alkoholiźmie na prowincyi mógłbym napisać osobne studyum na podstawie długoletniej obserwacyi. Tyle tu powiem, że widziałem, znałem i leczyłem alkoholików z pośród urzędników, z pośród kleru, z pośród rękodzielników, włościan, spotykałem kobiety w domach inteligentnych i śród ludu nieoświeconego, hołdujące alkoholizmowi, spotykałem nawet dzieci zatrute alkoholem. Alkoholizm więc grasuje u nas we wszystkich warstwach i zawodach, nie można więc uważać go za specyalną wadę lekarzy, jak to nielojalnie uczyniło »Słowo pol.«, oddzierając od ustępu o alkoholiźmie ostatnie zdanie, konstatujące obyczaj pijacki w wielu miasteczkach prowincyonalnych. Jeżeli krytyk tak sobie spreparuje jakikolwiek wyjątek z pracy, łatwo może z niego uczynić co zechce, ale taki sposób rzekomej krytyki uprawiać może chyba pismo, które mało sobie ceni dobrą reputacyę u ludzi uczciwych.

Fakt, że wielu lekarzy prowincyonalnych podlega alkoholizmowi. niestety nie może ulegać zaprzeczeniu, a że ten właśnie szczegół tak skwapliwie podniosło »Słowo p.« z mojej pracy, to już zależało od doboru, w którym nikt ograniczać »Słowa p.« nie ma prawa, predylekcya jednak znamionuje tę życzliwość »Słowa p.« do lekarzy, widoczną i z innych artykułów pisma.

Spodziewałem się, że prasa, jeśli zwróci uwagę na moją skromną rozprawkę, zajmie się kwestyami aktualniejszemi tem więcej, że w sposób rzeczowy oświetlam dość niejasną u nas kwestyę hyperprodukcyi lekarzy, kwestyę niezmiernie ważną dla społeczeństwa.

Skoro już jednak »Słowo p.« uczepiło się alkoholizmu, to jeśli zechce przeczyć faktom i twierdzić, że wielu lekarzy prowincyonalnych nie podlega alkoholizmowi, ja wcale o to spierać się nie myślę. Powiem nawet, że bardzobym pragnął, aby »Słowo p.« miało racyę.

Jeśli jednak »Słowo p.« nie zechce podtrzymywać twierdzenia, że jedynie stan lekarski wolny jest u nas od alkoholizmu, to dziwnem się wydaje zgorszenie »Słowa p.« z powodu mego wysłowienia, że alkoholizm przyspiesza ruinę materyalną, intelektualną i moralną lekarza. Wszak każdy wie o tem, że alkoholizm rujnuje człowieka materyalnie, intelektualnie i moralnie, a lekarze podlegają tym samym skutkom alkoholizmu, co i inni ludzie, bo przecież organizm ich jest ten sam, co i u innych ludzi i lekarze nie mają jakiejś osobliwej odporności przeciw zgubnym wpływom alkoholizmu. Nie wiem zatem dla czego krytyk aż podkreślił słowo ruina moralna w wydartem z mojej pracy zdaniu.

Powiedziałem, że »przyspiesza« alkohol ruinę lekarza, gdyż w ciągu mej pracy dowodzę, że nawet najtrzeźwiejszy praktyk prowincyonalny często widzi się bardzo bliskim ruiny materyalnej; dalej dowodzę, że nędzne warunki bytu obniżają poziom wykształcenia naukowego, pozbawiając lekarza możności korzystania ze środków do zaznajomienia się z postępem wiedzy, jeśli więc jeszcze i alkoholizm do tych warunków się przyłączy, może on istotnie »przyspieszyć« intelektualną ruinę lekarza w znaczeniu zawodowem; wreszcie w ciągu mej pracy wykazuję, jak brak chleba odbija się niekorzystnie na etyce koleżeńskiej i zawodowej, a alkoholizm i w tym względzie potęguje działanie innych szko-

*) W Galicyi jest sporo stałych posad lekarskich, lecz przy ich systemizowaniu miano widocznie na oku, że posady te mają pokrywać tylko część wydatków lekarza, a na resztę musi sobie zebrać w praktyce prywatnej. Urzędowa statystyka notuje w roku 1900 na 1319 lekarzy aż 622 lekarzy, zajmujących posady publiczne. Między temi „posadami“ są i takie, które przynoszą rocznej pensyi 200 lub 300 kor.

Są też, nieliczne zresztą, posady szpitalne, które mizernie, ale przecież żywią lekarzy prowincyonalnych.

Jest kilkanaście posad lekarzy gimnazyalnych, którzy oprócz gimnastyki, uczą młodzież hygieny i nędznie są płatni, ale wyżyć mogą przy jakiej takiej praktyce. Lekarze powiatowi stanowią temat osobnej rozprawy.

**) Władysław Biegański: Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej. Warszawa 1899.

dliwych czynników. O ile ten komentarz do drukowanego dotychczas pierwszego urywku mej pracy był potrzebny, byłby on zbędnym, gdyby »Słowo polskie« nie pospieszyło się z ujemną krytyką, zanim całość pracy się nie pojawiła.

Wprost pojąć trudno, jak może »Słowo polskie« twierdzić, że »Głos lekarzy« sam zarzuca znacznej ilości lekarzy pijaństwo i ruinę moralną. Pomijając, że w ten sposób sformułowane zdanie nie zgadza się z treścią odnośnego ustępu mej pracy, albowiem ja niczego nie »zarzucam«, a tylko konstatuję fakta i fakta te wyjaśniam i usprawiedliwiam lekarzy, a nie potępiam, to wmawianie w »Głos lekarzy« zarzutów, gdyby nawet były jakie zarzuty w tym wypadku, jedynie wtedy byłoby logiczne, gdyby prace konkursowe sama redakcya oceniała i do druku przyjęła, z góry solidaryzując się z ich treścią. Ponieważ jednak prace oddano do oceny gronu lekarzy zpoza redakcyi, a w konkursie wyraźnie zobowiązano się do drukowania prac nagrodzonych, przeto »Głos lekarzy« powtórnie prac oceniać i cenzurować nie miał prawa.

Odpowiada za treść pracy autor, redakcyę zaś wciągnęło »Słowo polskie« jedynie dla tego, aby pomódz sobie w obronie tej zacnej nowelki, wyszydzającej konsylia lekarzy lwowskich. Czując słabość pozycyi obronnej przeszło »Słowo polskie« z defenzywy w ofenzywę, a nie mając innego puktu zaczepnego, sprepanowało sobie *ad hoc* jedno zdanie z mojej rozprawki, na poczekaniu wmówiło za nie odpowiedzialność w redakcyę »Głosu lekarzy« i zamiast z autorem polemizuje z redakcyą. Jakiej zaś przy tem logicznej i uczciwej metody używa, powyżej wykazałem.

Taryfa lekarska.

III.

Ze względu na obszar, w którym taryfa ma obowiązywać, możemy rozróżnić taryfę lekarską państwową, krajową, okręgową i lokalną.

Izby lekarskie w Austryi dążą do ustanowienia jednolitej taryfy minimalnej w całem państwie, co jednak nie wyklucza możliwości, by obok tej powszechnej taryfy państwowej były także taryfy terytoryalne dla poszczególnych krajów, lub dla poszczególnych okręgów Izb. Owszem studyum uważne przebiegu taryfowych usiłowań w różnych krajach Austryi przekonywa, że zaznacza się tu wyraźnie prąd syntetyczny, który od taryf ściśle lokalnych prowadzi do uogólnienia i ujednostajnienia głównych zasad taryfowych w taryfie okręgowej dla terytoryum Izb lekarskich, a z porównania taryf izbowych ma wyniknąć jeszcze ogólniejsza synteza dla obszaru całego państwa.

Jeśli dla skrócenia mówię tu o taryfie państwowej, to rozumię przez to jedynie terytoryalny zakres kompetencyi taryfy, a nie mam wcale na myśli inicyatywy państwa w ustanowieniu taryfy. Ze względu na interesy publiczne może kiedyś i u nas rząd pomyśli o ustanowieniu taryfy lekarskiej, którą wtedy nazwalibyśmy taryfą rządową. W Niemczech w wielu państwach od dawna były takie taryfy rządowe. Ingerencya państwa w sprawy taryfy lekarskiej jest w Niemczech zrozumiałą, gdy zważymy, że tam zgoła inaczej ukształtował się od dawna stosunek lekarza do chorego, niż u nas, a mianowicie nie polegał na przymusie leczenia, który u nas każdemu choremu pomoc lekarską zapewnia, a wszelkie spory o należytość dopiero po udzieleniu pomocy lekarskiej czyni aktualnymi. W Niemczech stosunek lekarza do chorego polega na obopólnej umowie i na wzajemności świadczeń a wobec tego państwo ze względów publicznych widziało się spowodowane przez taryfę zabezpieczyć każdą ze stron przed wyzyskiem, ustanawiając *minimum* i *maximum* należytości. Pod wieloma względami wzorową jest taryfa lekarska, wydana w Prusiech w rozporządzeniu ministeryalnem z 15. maja 1896 w miejsce dawnych rządowych taryf prowincyonalnych, zniesionych przez ustawę z 27. kwietnia 1896. Na taryfie pruskiej wzorowały się też taryfy w różnych krajach austryackich a gdy w Niemczech pojęcia i zasady taryfowe zdawna się rozwinęły i ustaliły, dokładne obznajomienie się z taryfą rządową pruską jest konieczne dla każdego, kto bliżej kwestyą taryfy lekarskiej się zajmuje. Rozpatrzymy też później tę taryfę.

W Austryi główny impuls w sprawie taryfowej dały Izby lekarskie a mianowicie najwięcej zasłużyła się tu Izba morawska, w szczególności członek Wydziału tej Izby dr. F. W. Bohdan. Izba morawska wystąpiła z wnioskiem, by każda Izba dla swego okręgu wypracowała taryfę minimalną i aby uznano, że obniżanie należytości poniżej taks minimalnych wykracza przeciw godności stanu i ma być w dyscyplinarnej drodze karane. Wiadomo, że wniosek ten przyjął Wiec Izb i w ordynacyi dla lekarzy zasadę proponowaną zaznaczył.

V. Wiec Izb lekarskich wezwał Izby, aby taryfy minimalne w swych okręgach ustanowiły i taryfy te przesłały sekcyi niemieckiej Izby lekarskiej w Czechach a reprezentant sekcyi miał na najbliższym Wiecu Izb zdać sprawę, w jaki sposób na podstawie tych danych możnaby uregulować kwestyę honoraryów.

Istotnie rozpoczęła się w Izbach lekarskich praca nad ustanowieniem taryfy, przy czem Izby lekarskie starały się głównie pośredniczyć między różnemi towarzystwami i grupami lekarzy.

Na VII. Wiecu Izb w Czerniowcach znowu poruszono sprawę taryf lekarskich i był wniosek, aby przedmiot ten do ostatecznego załatwienia umieścić na porządku dziennym najbliższego Wiecu. Przeważyło jednak zdanie, że należy wyczekać aż wszystkie Izby lekarskie w swoich okręgach uporają się z taryfą, aby na Wiec przybyć z dojrzałą już dostatecznie sprawą.

Obecnie ten pierwszy okres prac taryfowych w Izbach lekarskich o tyle jest ukończony, że z wyjątkiem Galicyi wszystkie inne Izby lekarskie w Austryi z taryfą lekarską się załatwiły, lub zbliżają się do jej załatwienia.

Niezmiernie doniosłe znaczenie dla całego stanu lekarskiego w Austryi może mieć zjednoczenie akcyi taryfowej Izb i ustalenie pewnych norm ogólniejszych dla całego państwa.

Mianowicie oznaczenie pewnego *minimum* nieprzekraczalnego w honoraryach lekarskich znajdzie zastosowanie także do kas chorych, co się już stało w niektórych krajach. W ogólnych zasadach taryfowych będzie podstawa do sformułowania zmiany taryfy sądowo-lekarskiej, taryfy dla lekarzy ubogich, taryfy za leczenie podrzutków, taryfy towarzystw asekuracyjnych, taryfy zakładu ubezpieczeń od wypadków, taryfy kolejowej kasy chorych i innych taryf cząstkowych, czy to w prywatnych instytucyach, czy w zakładach autonomicznych, lub rządowych.

(C. d. n.).

W sprawie lekarzy więziennych.

1.

Sprawozdanie z dotychczasowych starań, podjętych w celu reorganizacyi służby lekarzy wieziennych).*

Wskutek odezwy mojej, wystosowanej w „Głosie“ do lekarzy więziennych, otrzymałem z różnych stron od tychże listy z obfitemi informacyami i wskazówkami, czego i dla czego nam domagać się należy. Na tej podstawie napisałem umotywowaną petycyę do Rady państwa, w której w imieniu i z upoważnienia lekarzy więziennych postawiłem następujące postulaty.

1. Płaca lekarzy przy więzieniach sądów obwodowych powinna wynosić najmniej 1200 koron rocznie.
2. Płaca lekarzy przy więzieniach sądów powiatowych powinna wynosić najmniej 300 K. rocznie.
3. Brak możliwości awansu powinno wynagradzać ustanowienie czterech dodatków pięcioletnich.
4. W razie choroby lekarza więziennego ma być powołany zastępca na koszt skarbu, nie zaś na koszt chorego lekarza.
5. Po wysłużeniu 30 lat w charakterze lekarza więziennego należy się pełna emerytura.

Petycyi tej nie mogłem obesłać do podpisu wszystkim lekarzom więziennym a to z kilku powodów. Przedewszystkiem i co najważniejsze, parlament miał niebawem rozpocząć swe obrady, nie było więc czasu, aby petycyę tymczasem puszczać na długą wędrówkę po kraju. Powtóre nie wszyscy Koledzy stanęli do apelu; wielu lekarzy więziennych pominęło milczeniem moją do nich odezwę, wystosowaną w „Głosie“. Z wielu miast, gdzie są sądy a więc i więzienia nie otrzymałem nawet wiadomości, jakie jest imię i nazwisko tamtejszego lekarza więziennego. Nie miałem nadziei i możności uzyskania na petycyi podpisów wszystkich lekarzy wieziennych. Sądzę, że na podobnej petycyi zbiorowe podpisy tylko wtedy mają wagę i znaczenie, gdy znajdą się w komplecie. W przeciwnym razie wolałem petycyę opatrzyć własnym tylko podpisem a w tekście wyraźnie zaznaczyć, że występuję w imieniu i z upoważnienia lekarzy więziennych. Ten sposób wyjścia oszczędził zarazem wydatku na stempel, który przy licznych podpisach drogoby kosztował. Dla tego więc gotową a wyznam otwarcie z pośpiechem wykończoną petycyę wysłałem wprost na ręce posła Dra Doboszyńskiego, o którym mam przekonanie, że się gorąco naszą sprawą zajmie, a który już zeszłego roku w parlamencie przy obradach budżetowych żądania dla lekarzy więziennych stawiał. Rzeczony p. Poseł zawiadomił mnie, iż petycyę rzeczywiście wniósł do parlamentu i przedłożył także Kołu polskiemu — a i nadal obiecuje losów tej petycyi pilnować.

Jak już powiedziałem, krótkość czasu stała na zawadzie, więc z pominięciem innych dróg wprost skierowałem moją petycyę do parlamentu. Dokładnie jednak pojmuję, iż właściwym na-

*) Artykuł ten nadesłano jeszcze w marcu a opóźnienie druku nastąpiło z przyczyn od redakcyi niezależnych. (*Przyp. Red.*)

szym orędownikiem na zewnątrz jest i być musi Izba lekarska. Dla tego równocześnie z wysłaniem petycyi zawiadomiłem Izbę lekarską krakowską (do której należę) o moich krokach i zabiegach, przedłożyłem Izbie dosłowny odpis petycyi i prosiłem, aby Izba lekarska ze swej strony wdrożyła odpowiednie postępowanie i nasze starania poparła.

Czułem się obowiązany złożyć tych kilka słów sprawozdania i proszę usilnie, aby każdy w swym zakresie poruszyć usiłował wszystkie czynniki do współdziałania w tej sprawie, gdyż w przeciwnym razie nie tylko cała moja akcya wyglądaćby mogła na samozwańczą, ale co gorsza, nie mogłaby być uwieńczona pomyślnym rezultatem.

Jasło, w marcu 1904.

Dr. Józef Kadyi.

2.

Izby lekarskie galicyjskie wniosły w kwietniu b. r. petycyę do ministerstwa sprawiedliwości w sprawie lekarzy więziennych i zwróciły się do innych Izb lekarskich w Austryi z propozycyą, by podobne petycye do ministerstwa przesłały. Petycya galicyjskich Izb lekarskich brzmi:

„Reskryptem Wysokiego c. k. Ministerstwa sprawiedliwości z dnia 16. marca 1858 L. 3455 unormowano służbę sanitarną w więzieniach przy sądach obwodowych i ustanowiono pobory dla lekarzy, w tych więzieniach zatrudnionych. Lecz od r. 1858 niejedno się już zmieniło; umiejętność lekarska poczyniła olbrzymie postępy, które spowodowały zupełną zmianę poglądów i działalności lekarza zarówno w obserwacyi chorych, jak i w hygienie więziennej; tak zwane choroby wewnętrzne z jednej strony a choroby chirurgiczne z drugiej strony uchodziły dawniej za zgoła odrębne działy nauki (co też znalazło wyraz w osobnem systemizowaniu lekarzy i chirurgów przy więzieniach) a dziś okazują się one jako części tej samej umiejętności, ściśle z sobą spojone; skutkiem tego niema dziś lekarza, któremuby była obcą jedna z tych nauk. Okoliczność ta jednak jest z tego względu ważną, gdyż uczyniła niezbędnem głębsze i rozleglejsze wykształcenie i wyszkolenie lekarza nowoczesnego. Praca nowoczesnego lekarza jest obfitsza i skuteczniejsza, wymaga atoli daleko więcej czasu i trudu z powodu nadzwyczajnego rozwoju metod badania i leczenia.

Wymogom nowoczesnej hygieny nie odpowiadają też już dzisiaj dawniejsze metody badania i profylaktyki: żąda się tutaj wielu wiadomości i praktycznej wprawy, które wprawdzie dzisiejsze usługi lekarza w porównaniu z dawniejszemi czynią wydatniejszemi, zarazem jednak pochłaniają daleko więcej czasu i sił umysłowych lekarza. Dowodzi to wszystko, że praca lekarzy więziennych od r. 1858 do dnia dzisiejszego ogromnie wzrosła co do rozmiaru i ogromnie się pogłębiła.

A z drugiej strony, jak to już w niejednem miejscu podniesiono, spadła znacznie wartość pieniędzy i z pewnością nie przesadzimy, przyjmując, że dziś wartość pieniędzy jest o 50% mniejsza, niż w r. 1858.

Przedmiotowa ocena wyżej skreślonych stosunków wykazuje dziwne zjawisko: żąda się mianowicie od lekarza więziennego szerszego wykształcenia i większej wprawy, lekarz więzienny czuje się zobowiązanym wobec własnego sumienia daleko więcej czasu i trudu poświęcić i może się też lepszymi wynikami pracy pochlubić, a mimo to wszystko otrzymuje od państwa tę samą zapłatę, co jego szczęśliwsi koledzy z r. 1858. A nawet, jeśli się uwzględni spadek wartości pieniędzy, to wynagrodzenie dzisiejsze za pracę, zwiększoną co najmniej o 100%, okaże się zmniejszone o 50%. Jest to niestosunek, na który chciałyby podpisane Izby lekarskie zwrócić uwagę Wysokiego c. k. Ministerstwa sprawiedliwości w tem przekonaniu, że proste poczucie sprawiedliwości wskazuje nieodzownie reformę tych smutnych i wprost niemożliwych stosunków.

W myśl reskryptu c. k. Ministerstwa sprawiedliwości z 16. marca 1858. L. 3455 zasadza się działalność lekarzy więziennych na następujących czynnościach:

a) badanie stanu zdrowia inkwizytów i aresztantów;
b) leczenie więźniów w razie choroby;
c) udział w nadzorze i staraniu o zdrowotny stan więzień;
d) udzielanie w tym względzie opinij;
e) udział w nadzorowaniu dobrej jakości i należytej ilości potraw dla więźniów;
f) leczenie personalu dozorców więziennych w razie ich choroby.

Pobory lekarzy, wypłacane w ratach z dołu, wynoszą.

we Lwowie	dla lekarza	1000 K.	dla chirurga 500 K.
„ Złoczowie	„ „	700 „	„ „ 350 „
„ Samborze	„ „	500 „	„ „ 250 „
„ Stanisławowie	„ „	400 „	„ „ 200 „
„ Kołomyi	„ „	400 „	„ „ 200 „
„ Tarnopolu	„ „	600 „	„ „ 300 „
„ Przemyślu	„ „	500 „	„ „ 250 „
„ Sanoku	„ „	400 „	„ „ 100 „
„ Krakowie	„ „	1000 „	„ „ 500 „
„ Tarnowie	„ „	625 „	„ „ — „
„ N. Sączu	„ „	400 „	„ „ 200 „
„ Rzeszowie	„ „	500 „	„ „ 250 „
„ Jaśle	„ „	400 „	„ „ 100 „
„ Wadowicach	„ „	650 „	„ „ — „

Niestosunek między pracą a wynagrodzeniem lekarzy najlepiej się uwidoczni, jeśli obliczymy wymagane czynności lekarza więziennego według czasu, potrzebnego do ich załatwienia.

W szczególności wymaga:

a) badanie stanu zdrowia uwięzionych osób przeciętnie dziennie	15 minut
b) leczenie chorych więźniów:	
1. w szpitalu dziennie . . .	30 „
2. w ambulatoryum dziennie . . .	20 „
c) piecza i udział w nadzorze nad hygieną więzień dziennie .	5 „
d) udzielenie opinij wraz z rozlicznemi robotami biurowemi dziennie	15 „
e) nadzorowanie żywności dziennie .	10 „
f) leczenie personalu dozorców dziennie .	10 „
Razem dziennie .	105 minut.

105 minut = 1 godzina i trzy kwadranse.

Przyjmijmy teraz jako wynagrodzenie za pracę lekarza, trwającą blisko 2 godziny, najmniej 4. korony, co obliczono nadzwyczaj nisko wobec społecznego stanowiska lekarza, wobec trudnych stosunków spółczesnych i wobec tego, że praca jest uciążliwą a czasem wielce nieprzyjemną, przy tem jednak pełną odpowiedzialności. Roczne honoraryum wypadłoby więc dla lekarza więziennego w wysokości 1460 a okrągło 1400 K. Przy tem należy jeszcze uwzględnić jedną okoliczność: w mniejszych więzieniach wystarcza jeden lekarz, lecz większe więzienia dają dwom lekarzom sporo do czynienia — należałoby przeto utworzyć we Lwowie i w Krakowie po dwie posady lekarzy więziennych.

Lekarze więzienni nie mają prawa do emerytury, a ich wdowy i sieroty nie posiadają prawa do zaopatrzenia. Lekarz więzienny jest obowiązany w razie przeszkody, chociażby ona polegała na poważnem zasłabnięciu lekarza, ustanowić za siebie zastępcę i opłacić go z własnych funduszów. Obie te okoliczności zmuszają nas do zwrócenia się z prośbą do Wysokiego c. k. Ministerstwa sprawiedliwości, aby i w tym kierunku zmianę spowodowało. Mianowicie państwo powinno przyjąć na siebie zobowiązanie ustanowienia i opłacania zastępcy, gdy zajdzie przeszkoda, spowodowaną poważną chorobą lekarza więziennego a lekarzom więziennym po 30 letniej służbie należałoby przyznać pełną emeryturę w uwzględnieniu ich pożytecznej pracy, połączonej ze znacznym mozołem, z wielką odpowiedzialnością a często z niebezpieczeństwem. Byłoby też pożądane i odpowiadałoby humanitarnym wymogom czasu, aby zapewniono lekarzom pensyę, odpowiednio do lat służby, w razie stałej nieudolności do pracy, w służbie nabytej, a wdowom i sierotom zaopatrzenie w razie śmierci lekarza wskutek choroby zakaźnej, której się lekarz w służbie nabawia.

Omawiając stosunki lekarzy więziennych przy c. k. sądach obwodowych, nie mogą podpisane Izby lekarskie pominąć milczeniem lekarzy przy c. k. sądach powiatowych. Odnośne stosunki są w różnych sądach różne i nie są jednolicie unormowane. W przeważnej jednak większości wypadków postępuje się w ten sposób, że lekarz otrzymuje od sądu powiatowego roczne honoraryum, które często jest nie do uwierzenia niskie i uwłacza godności stanu lekarskiego. Przykładowo tylko wspominamy, że w niektórych sądach powiatowych to honoraryum roczne oznaczono w wysokości 100 K., a nawet 50 K., nie mówiąc już o jednym wypadku, w którym honoraryum wynosiło 20 K., wyraźnie dwadzieścia koron rocznie. Dla uregulowania tej sprawy mają zaszczyt podpisane Izby lekarskie wnieść, co następuje:

Należy zaniechać ryczałtowego rocznego wynagradzanie lekarzy w c. k. sądach powiatowych, a czynności lekarzy wypadałoby wynagradzać od wypadku do wypadku według taryfy, którą się ustanowi w porozumieniu z Izbami lekarskiemi zgodnie ze skalą miejscowych honoraryów.

Podpisane Izby lekarskie oświadczają stanowczo, że przedstawienie stosunków służbowych lekarzy więziennych w Galicyi opierają na jak najdokładniejszych wywiadach i że to przedstawienie najzupełniej odpowiada rzeczywistości. Przy tem podpisane Izby lekarskie miały na oku nie tylko dobro lekarzy, do Izby przynależnych, lecz pragną się też przyczynić do poprawnego wykonywania służby lekarskiej i dla tego wnoszą prośbę:

Wysokie c. k. Ministerstwo sprawiedliwości raczy jak najrychlej przeprowadzić uregulowanie płacy lekarzy więziennych

w Galicyi w kierunku, podanym przez podpisane Izby, tudzież w myśl wyżej skreślonych zasad.

Lwów--Kraków w kwietniu 1904.

Organizacya prasy lekarskiej polskiej.

V.

Od kol. dr. Witołda Ziembickiego otrzymujemy z Paryża obszerny list, w którym autor wyraża gorące uznanie dla naszego projektu „Przeglądu prasy lekarskiej polskiej“. Między innemi pisze Szanowny nasz korespondent:

„Wierzę najmocniej w powodzenie „Przeglądu prasy lekarskiej polskiej“, wydawanego w tej formie i w taki sposób, jak to kolega proponuje i proszę o przyjęcie do wiadomości, że w razie, gdyby projekt już obecnie wszedł w stadyum próby praktycznej a wymagał ochotników do przeprowadzenia go, gotowych poświęcić bardzo wiele czasu i pracy, to pragnąłbym tem szczerzej usługami swemi bodaj w cząstce stać się pomocnym, ile że stykając się tak długo z obcymi różnych narodowości, uczuwam bezustannie bolesną dla nas i deprymującą ignorancyę ich w przedmiocie nauki polskiej. Widzę więc naglącą potrzebę informowania zagranicy o naszych pracach i o naszem istnieniu w nauce, a najłatwiej i natskuteczniej dałoby się to osiągnąć w sposób, przez Kolegę proponowany. Gorzko to stwierdzić, że wielka część, może większość cudzoziemców, nie wie nic w ogóle nie tylko o istnieniu prasy fachowej polskiej, ale nawet o istnieniu polskich uniwersytetów!! Uniwersytety galicyjskie uważają powszechnie za zniemczałe. Byli tacy — a przecież stykam się z największą inteligencyą, bo z żywiołem uniwersyteckim — którzy nie uwierzyli, albo przyjęli z niedowierzaniem moje zapewnienia, że w szkołach i w uniwersytetach w Galicyi wykłada się po polsku. Nigdy nie przypuszczałem dawniej, że do tego stopnia dochodzi za granicą nieznajomość naszych stosunków.

Projekt więc Kolegi uważam za przedsięwzięcie patryotyczne, do którego wedle możności pragnąłbym się przyczynić“.

Jeśli istotnie podałem myśl praktyczną i dobrą, obudzi ona niezawodnie zainteresowanie w kołach fachowych polskich a bardzo byłoby pożądane wypowiedzenie się przedewszystkiem tych czynników, na których współdziałaniu mój program wydawniczy opieram, a więc redakcyj pism fachowych i pracowników w nauce lekarskiej, ogłaszających swe prace w pismach krajowych. Nie mniej ważną byłoby rzeczą poznać zapatrywania w tej sprawie jak najszerszych kół lekarzy praktyków i dowiedzieć się, czy jest w tych kołach odczucie potrzeby takiego wydawnictwa. Gdyby wydawnictwo miało z góry zapewnione poparcie szerokiego grona prenumeratorów, rzecz dałaby się uskutecznić nawet przy prywatnej inicyatywie, bez odwoływania się do jakichś subwencyj, gdyż przedsięwzięcie nie przedstawiałoby wielkiego ryzyka pod względem finansowym. Nawet odmowa ze strony redakcyj i autorów co do nadsyłania autoreferatów nie udaremniłaby planu wydawniczego, tem bardziej, gdy pismo tego rodzaju, mające za zadanie zestawiać co miesiąc streszczenia wszystkich rozpraw, które się w ciągu miesiąca w prasie fachowej polskiej ukazały, musiałoby i tak posiadać w rezerwie grono referentów, a nie zbyt trudno byłoby ich dobrać i zorganizować.

Niechże więc każdy, kogo ta sprawa zajmuje, zechce głos zabrać w dyskusyi. Pismo nasze dla dyskusyi otwarte i dla dyskusyi koleżeńskiej przeznaczone. Tą drogą prędzej dojść możemy do celu, niż wyczekując na Zjazd lekarzy i przyrodników. Może w ciągu dyskusyi wyłoni się projekt lepszy, praktyczniejszy. Zdaje mi się jednak, że sprawa jest godna rozpatrzenia i przedmiotowej wymiany zdań i dla tego ją publicznie poruszyłem.

Dr. Szczepan Mikołajski.

Opinie Izb lekarskich w sprawie tytułu specyalisty.

6. Opinia wiedeńskiej Izby lekarskiej.

Na pytanie, czy używanie tytułu specyalisty należy uczynić zależnem od uzyskania specyalnego dyplomu, wydaje wiedeńska Izba lekarska wskutek reskryptu ministerstwa oświaty z 14. maja 1903 następującą opinię:

W czasie, w którym specyalizacya medycyny bez porównania mniej była rozwiniętą, niż dzisiaj, wydawano dla poszczególnych działów lecznictwa specyalne dyplomy, na podstawie specyalnych egzaminów, jako to dyplomy doktora chirurgii, magistra położnictwa, magistra okulistyki. Pomimo, że z czasem specyalizacya lecznictwa skutkiem postępu nauk lekarskich ogromnie się rozwinęła, rozporządzenie o egzaminach lekarskich z roku 1872 słusznie zerwało z dawnym systemem. Gdy bowiem ludność na prowincyi i w małych miastach, gdzie lekarze, uprawiający tylko pewien dział specyalny, nie mają warunków egzystencyi, zmuszona jest zasięgać pomocy lekarskiej u jednego lekarza, lub u małej liczby lekarzy, musi przeważna część lekarzy posiadać wykształcenie w tych ważnych działach specyalnych sztuki lekarskiej, które umożliwiają uratowanie życia lub uchylenie niebezpieczeństw, a więc w położnictwie i w chirurgii. Staranie o to jest zadaniem państwa.

Jeśli zaś osiągnie się to, do czego zmierza rozporządzenie o studyach i egzaminach lekarskich, to w takim razie tylko w bardzo ograniczonym zakresie mówićby można o jakiejś powszechnej potrzebie w tym względzie ludności.

Wprawdzie nie da się zaprzeczyć, że w pewnych dziedzinach sztuki lekarskiej ten i ów lekarz może sobie przyswoić większą sumę wiadomości i większą zręczność, niż posiadają przeciętnie inni lekarze, a oba te momenty mogą wyjść na korzyść chorych. Wszelako gdyby się chciało takim lekarzom udzielić ustawowego pozwolenia, by na podstawie egzaminu przyjęli osobne określenie, to w logicznej konsekwencyi wypadałoby także uprawnić każdego lekarza, praktykę wykonującego, który się odszczególnia jakimkolwiek przymiotem dla chorego korzystnym, jak na przykład subtelny diagnosta chorób wewnętrznych, aby się wystarał o dyplom na tę swoją szczególną kwalifikacyę, którą na jakiejkolwiek drodze mógłby wykazać, a to naturalnie jest niedopuszczalnem.

Jednakże, pomijając te względy, sądzimy, że interes publiczności, o którym wspomniano, nie jest dostatecznie wielkim, aby usprawiedliwić mógł taką nowość, która w proponowanej reformie wniknęłaby bardzo głęboko w stosunki praktyki lekarskiej. Albowiem, jak to już wspomniano, w tych działach, w których zdarzają się przypadki, wymagające zabiegów ratujących życie lub odwracających niebezpieczeństwo, powinien każdy lekarz być należycie wykształconym, w przypadkach zaś, które pozwalają na zwłokę, każdy lekarz ma możność zasięgnąć rady doświadczonego kolegi, jako to kierownika oddziału szpitalnego, a w miastach uniwersyteckich profesora specyalnego działu. Zresztą nie można zapominać, że proponowana reforma dotyczyłaby tylko małej cząstki ogółu ludności, a mianowicie jedynie ludności w większych miastach, gdyż, jak wspomnieliśmy, w tych miastach tylko specyaliści znachodzą warunki egzystencyi.

W istocie reformę proponowaną uzasadniają nie potrzebą ludności, lecz zamiarem zapobieżenia nadużywaniu tytułów, gdyż w reskrypcie ministeryalnym z 14. czerwca 1903 czytamy wyraźnie: „zachodzi jednak pytanie, czy używanie takich specyalnych określeń należy uczynić zależnem od pewnych szczególnych warunków ze strony lekarza, a to z tego jedynie powodu, gdyż używanie specyalnego określenia zdolne jest w kołach ludności, poszukującej pomocy lekarskiej, spowodować błędne mniemanie i rzeczywiście je powoduje, jakoby odnośny lekarz w dziale specyalnym, przez siebie obranym, odbył studya, zwiększające jego sprawność w tym dziale, a takie przypuszczenie może być często zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy, ale w obecnych prawnych stosunkach nie musi odpowiadać rzeczywistości“.

Otóż gdy obecnie lekarz przybiera tytuł specyalisty, to może to oznaczać albo, że chce się zajmować przeważnie, lub wyłącznie odnośnym działem specyalnym, czego naturalnie nikomu wzbronić nie można, albo też może tytuł oznaczać, że lekarz w tym dziale specyalnym nabył wyższego wykształcenia. Jeśli to ostatnie przypuszczenie nie odpowiada rzeczywistości, to może niewątpliwie dać powód do nieporozumień pnbliczności na korzyść lekarza i wtedy odnośny lekarz dopuszczałby się nierzetelnej konkurencyi na niekorzyść innych lekarzy. I w takich razach można mówić o nadużyciu tytułu specyalisty.

Ale przez nieporozumienie publiczności interes jej nie bywa zbyt na szwank narażony, żaden bowiem lekarz nie podejmie się zabiegu, w którym nie posiada biegłości i sam w podobnym wypadku będzie nalegał o przyzwanie drugiego lekarza. W ogóle nie uchodzi mówić o powszechnym interesie publiczności, jeśli ma się na oku jedynie jej część zamożną. A ta część publiczności albo sama zna lekarzy specyalistów z ich działalności, albo zwraca się w tym względzie o wskazówkę do domowego lekarza.

Niezamożna część publiczności, a mianowicie ludność prowincyonalna w ogóle, która nie ma do dyspozycyi wypróbowanych specyalistów, mogących osiadać jedynie w większych miastach, ma możność uzyskania specyalistycznej pomocy lekarskiej na oddziałach szpitali prowincyonalnych albo w klinikach miast uniwersyteckich.

Pozostaje zatem tylko motyw nierzetelnej konkurencyi, której zwalczanie jest bądź co bądź pożądane. Na pierwszy rzut oka wydaje się proponowana reforma do tego stosowną. W rzeczywistości zaś jest ona mieczem obosiecznym. Jest bowiem co najmniej wątpliwem, czy przez egzamin można złożyć dowód wyższego praktycznego uzdolnienia, o które tutaj wyłącznieby chodziło, a nie o teoretyczną wiedzę. A z drugiej strony proponowana reforma stworzyłaby pewnego rodzaju przywilej dla małej liczby lekarzy, którzy są w tem szczęśliwem położeniu, że mogą uzyskać dostęp do wyższego wykształcenia, bo wszakże nie dla każdego lekarza jest dziś ku temu droga otwarta, na przykład

w dziale, w praktyce ogromnie doniosłym, mianowicie w położnictwie.

Wobec tego wiedeńska Izba lekarska dochodzi do następujących konkluzyj:

1. Wiedeńska Izba lekarska oświadcza się przeciw zaprowadzeniu egzaminów specyalistycznych, które nadawałyby prawo do używania tytułu specyalisty lekarza. Wyjątek powinien stanowić tylko tytuł „lekarza dentysty“. Gdy dentystyka nie jest obecnie przedmiotem egzaminu przy uzyskaniu doktoratu wszech nauk lekarskich, przeto jest wskazanem używanie tytułu „lekarza dentysty“ uczynić zależnem od złożenia egzaminu praktycznego, a do komisyi egzaminacyjnej powołać delegata wiedeńskiej Izby lekarskiej, jako członka z prawem głosu. Rozumie się, że ta reforma nie mogłaby dotyczyć lekarzy dentystów, którzy już obecnie praktykę wykonują.

2. Wiedeńska Izba lekarska uważa za naglące wskazanie, aby dla lekarzy i studentów rozszerzono jak najwydatniej sposobność do nabycia wyższego wykształcenia we wszystkich działach specyalistycznych. Kwestya to tak dalece piekącą, że wiedeńska Izba lekarska nie może pominąć tej sposobności, aby ministerstwu oświaty jak najusilniej zalecić rozwiązanie tej kwestyi w drodze ankiety, do której powołaćby należało przedstawicieli Izb lekarskich. Ankieta zajęłaby się także uregulowaniem tytułów lekarzy specyalistów.

Kasa chorych lekarzy.

Ta wielce pożyteczna instytucya przetrwała pierwszy rok próby a zamknięcie rachunkowe za r. 1903 przekonuje o świetnych wynikach finansowych, które upoważniają do nadziei, że Kasa i nadal dobrze się będzie rozwijała. Pobrano od członków 3.683 K. a wypłacono zasiłków 1.312 K. tak, że po potrąceniu paru drobniejszych wydatków i po doliczeniu subwencyi lwowskiej Izby lekarskiej wykazuje zamknięcie rachunkowe 4.445 K. majątku Kasy a nadto 198 K w funduszu rezerwowym. Ktokolwiek zatem miał wątpliwość, czy powiedzie się utrwalić dzieło, zapoczątkowane przez lwowską Izbę lekarską a zwłaszcza przez jej prezydenta dr. Festenburga, musi wobec tych wyników pozbyć się wszelkiego niedowierzania. Zasługuje w szczególności na podniesienie regularne uiszczanie opłat przez członków, gdyż z dniem 31 grudnia 1903 zalegało z tego tytułu tylko 157 K., dalej wielka ogledność w korzystaniu z zasiłków i nadzwyczaj oszczędna administracya. Inicyatorom Kasy tudzież jej Zarzadowi należy się od ogółu lekarzy jak największe uznanie i prawdziwa wdzięczność za trudy, poniesione w dobrej sprawie.

Sądzę jednak, że gdyby Kasa i nadal wykazywała tak znaczne zwyżki dochodów nad rozchodami, to po pierwszem zagospodarowaniu się i odłożeniu pewnych znaczniejszych oszczędności trzebaby albo obniżyć opłaty członków, albo rozszerzyć zakres świadczeń Kasy, nie jest bowiem celem tej instytucyi zbieranie jak największych kapitałów, ale udostępnienie ubezpieczenia na wypadek choroby dla wszystkich lekarzy i oddawanie jak najwydatniejszej pomocy tym Kolegom, których choroba nawiedziła. Nie biorę tego wcale za złe, że dla wszelkiej pewności obliczono tak dostatnio stosunek opłat do zasiłków, aby nie zagrażał niedobór. Owszem pierwsze lata takiej instytucyi powinny przynieść znaczniejsze zapasy oszczędnościowe, bo nikt nie może zaręczyć, czy w latach następnych nie będzie nadmiernego zapotrzebowania zasiłków, którym Kasa nie mogłaby sprostać, gdyby nie było gotówki zaoszczędzonej. Nie doradzam też, aby już dzisiaj statut zmieniano co do wysokości opłat i świadczeń. Przystąpić można do tego dopiero po zebraniu dłuższego doświadczenia. Chcę jedynie skonstatować, że w przyszłośbł Kasa chorych lekarzy prawdopodobnie jeszcze więcej, niż dzisiaj, będzie mogła oddawać członkom usług, a stanie się to tem łatwiej możliwem, jeśli jak najwięcej lekarzy na członków się zapisze.

Możliwość większych świadczeń jest prawdopodobną. W Królestwie jest podobna Kasa w Łodzi, od 3 lat dobrze się rozwijająca, pomimo niewielkiej liczby członków. Z opłaty członka w kwocie 20 rubli rocznie, 10 rubli zapisuje mu się na oszczędność a za 10 rubli otrzymuje na wypadek choroby zabezpieczenie 3 rubli dziennie przez czas 3 miesięcy. Nadto Kasa ta przewiduje możność wydawania nie tylko pożyczek z funduszu oszczędnościowego, ale i zapomóg bezzwrotnych a nawet pensyj dla wdów i sierot po uczestnikach.

Gdyby świetny rozwój finansowy pozwolił na rozszerzenie zakresu świadczeń, zapewne sam Zarząd wystąpi ze stosownemi propozycyami wobec Walnego Zgromadzenia. Najmniej obarczyłoby Kasę, a zapewne najwięcej byłoby pożądane podwyższenie kwoty pogrzebowej w razie śmierci członka. W tym roku sprawozdawczym nie ubył przez śmierć żaden z członków. Przeciętną śmiertelność lekarzy można przyjąć najwyżej w wysokości $1\frac{1}{2}$ do $2^0/_0$, jeśli się tedy zważy, że na zasiłki w chorobie wydano w r. 1903 zaledwie $^1/_3$ opłat członków, nie naruszając także wpisowego, to bez obawy kwotę pogrzebową możnaby z 200 koron podnieść co najmniej do 600 kor., a może i więcej. Wtedy Kasa oprócz zasiłku w chorobie dawałaby także ubezpieczenie na mały kapitalik pośmiertny dla wdowy i sierót po lekarzu, co miałoby wielką doniosłość w obecnych stosunkach w naszym zawodzie i niewątpliwie wielu kolegów, stojących na uboczu, przyciągnęłoby do Kasy.

Nasuwa się dalej i ta uwaga, że przy tak szybkim wzroście majątku Kasy mogą członkowie w bliskiej przyszłości zażądać podwyższenia wpisowego, boć jeśli członkowie dotychczasowi zaledwie $^1/_3$ opłat otrzymują w zasiłkach podczas choroby, a $^2/_3$ oddają na pomnożenie majątku Kasy, to słusznie mogliby sobie do tego majątku rościć większe prawa, niż członkowie dopiero świeżo wstępujący i żądanie, by nowy członek przez wyższą kwotę wpisową dał również coś na powiększenie majątku wspólnego, byłoby zupełnie uzasadnione.

Dla tego powitać trzeba z zadowoleniem, że Zarząd Kasy przedsięwziął kroki w celu ułatwienia obecnie wstępu do Towarzystwa, kiedy jeszcze instytucya jest młoda i kiedy każdy wstępujący członek może w równej mierze wraz z innymi popierać jej rozwój, aby kiedyś miał prawo powiedzieć, że do majątku Kasy sam się także przyczynił, a nie przyszedł do gotowego.

Umożliwienie należenia do Kasy także Kolegom z Izby lekarskiej krakowskiej jest zresztą i z tego względu koniecznem, gdyż w razie przesiedlenia się członka Kasy np. ze Lwowa do Tarnowa, lub Krakowa, traciłby on obecnie wszelkie prawa, pomimo, że przez szereg lat złożył może znaczną sumę w opłatach członka. Ten wzgląd odstrasza niezawodnie wielu lekarzy od Kasy, boć między lekarzami zachodzi nieraz potrzeba zmiany miejsca pobytu. Uważam to za bardzo słaby punkt statutu, że nie zagwarantowano członkom dalszego trwania praw w razie przesiedlenia z okręgu Izby bodaj w obrębie Galicyi. Teraz przez zmianę statutu nastąpi w tym kierunku pożądana poprawa.

Dr. Szczepan Mikołajski.

Popieranie krajowych wytworów.

Centralny Związek galicyjskiego przemysłu fabrycznego we Lwowie zwrócił się do lwowskiej Reprezentacyi Tow. Samopomocy lekarzy z prośbą o zobowiązanie członków do popierania wód mineralnych krajowych i sztucznych wód mineralnych wyrobu krajowego a bojkotowania wód obcych. Związek powołuje się w swej odezwie na przykład lubelskiego Towarzystwa lekarskiego, które podobne postanowienie, obowiązujące członków, powzięło.

Nad tą sprawą przeprowadził Zarząd Reprezentacyi lwowskiej Tow. Samopomocy obszerną dyskusyę, do której szczegółów później jeszcze powrócimy, notując tutaj tylko główny przebieg i wyniki rozprawy i zwracając na nie uwagę baczną Kolegów.

Zarząd Reprezentacyi wychodzi z tego założenia, że jest obywatelskim obowiązkiem każdego lekarza popierać wytwory lecznicze krajowe, nie uznaje się jednak kompetentnym do wydawania hasła w tym kierunku, gdyż w łonie Tow. lekarskiego lwowskiego i krakowskiego istnieje osobna komisya przemysłowa, która krajowe wytwory lecznicze ocenia co do ich wartości leczniczej i według fachowego uznania do poparcia lekarzom zaleca. Zarząd Reprezentacyi nie może wkraczać w zakres działania komisyi przemysłowej lekarskiej, albowiem oprócz dążenia do rozwoju przemysłu krajowego lekarzami powodować musi przedewszystkiem wzgląd na dobro chorego, godzi im się więc popierać tylko te wytwory krajowe, które w lecznictwie tak co do skuteczności, jak co do ceny obstać mogą konkurencyę z wytworami obcymi a do orzeczenia w tym kierunku potrzeba sumiennych badań, które komisya przemysłowa lekarska przedsiębierze.

Jakkolwiek „Centralny Związek przemysłu fabrycznego“ podnosi w swej odezwie jedynie sprawę popierania wód krajowych, Reprezentacya zastanawiała się nad kwestyą z ogólniejszego stanowiska, gdyż pod tymi samymi warunkami, co wody mineralne, powinien lekarz i wszelkie sztuczne wytwory lecznicze, wyrabiane w kraju, popierać i oddawać im przed obcymi pierwszeństwo.

Atoli ta zasada wymaga ze względu na dobro publiczności i na interesy zawodu lekarskiego pewnych zastrzeżeń, które też Reprezentacya dla uniknięcia możliwych nieporozumień Centralnemu Związkowi przemysłowemu a przez jego pośrednictwo interesowanym wytwórcom krajowym do światłej rozwagi przedstawia.

Jeśli wytwórstwo krajowe na polu lecznictwa ma słuszne prawo żądać od lekarzy poparcia, to z drugiej strony lekarze muszą żądać, aby reklamowanie wyrobów krajowych leczniczych nie przybierało form, dla publiczności szkodliwych. A szkodliwem jest, jeśli wytwórca przez pisma codzienne swe leki zachwala, bo przez to wspomaga partactwo lecznicze i zachęca do leczenia się na własną rękę, z pominięciem sztuki lekarskiej, która żadnych szablonów leczniczych ani żadnych szablonowych leków nie uznaje

a leczenie umiejętne do każdego wypadku chorobowego odpowiednio zastosowuje. Przez łatwowierne chwytanie za pierwszy lepszy lek, w gazetach codziennych reklamowany, ludzi się bardzo wielu chorych i często nadwątlone zdrowie na poważne niebezpieczeństwa naraża, zaniedbując pierwszy okres choroby, w którym nauka i pomoc lekarska mogłaby jeszcze skutecznie groźniejszym następstwom cierpienia zapobiedz. Lekarze więc popierać mogą tylko te wytwory i tych wytwórców krajowych, którzy dla powiększenia zbytu towaru nie uciekają się do jarmarcznej reklamy po gazetach codziennych a przeciwnie wytwórców, działających na szkodę publiczności cierpiącej, przez zwodnicze zachwalanie swych wytworów, powinni i muszą bojkotować tak samo, jak wytwórców zagranicznych.

Natomiast dla rozpowszechnienia i odpowiedniego zastosowania krajowych wytworów leczniczych, uznanych przez kompetentnych znawców za skuteczne, nadaje się reklama w pismach fachowych lekarskich, z której jednak krajowi wytwórcy mało korzystają a często, unikając pośrednictwa pism fachowych i lekarzy, wprost do publiczności przez dzienniki polityczne się zwracają. Wydawnictwa lekarskie polskie, nie mające zbyt wielkiej liczby prenumeratorów, ograniczone do bardzo szczupłego grona polskich fachowców, muszą dbać o dział inseratowy, bo tylko przy dostatecznej ilości inseratów mogą pokryć znaczne wydatki a gdyby pozbawione były płatnych ogłoszeń, musiałyby oznaczać tak wysoką cenę prenumeraty, że byłaby ona niedostępną dla ogółu lekarzy. Już i dzisiaj cena polskich pism lekarskich jest wysoką w porównaniu z obcemi pismami, skutkiem czego wielu uboższych lekarzy posługuje się z konieczności tańszemi wydawnictwami niemieckiemi. Gdyby zaś w imię hasła o popieraniu przemysłu krajowego pisma fachowe nie przyjmowały inseratów obcych, to przy obojętności krajowych wytwórców na reklamę fachową, byłyby pozbawione po prostu środków egzystencyi i dalszego rozwoju z wielką szkodą dla piśmiennictwa fachowego polskiego i dla potrzeb naukowych lekarzy polskich. Jeśli więc lekarze z poczucia obowiązku obywatelskiego gotowi są popierać wytwory krajowe, to żądają w zamian, by wytwórcy krajowi nie tylko ze względu na dobro chorych, ale i dla poparcia rozwoju krajowej prasy fachowej, polskie pisma lekarskie inseratami zasilali, a jeśli prasa fachowa dostateczne znajdzie poparcie u krajowych wytwórców, będzie mogła zrzec się inseratów od firm zagranicznych.

W sprawie krajowych zakładów dla obłąkanych.

(Ciąg dalszy.)

Porównując obie powyżej przedstawione alternatywy, przyszedł Wydział krajowy do przekonania, że alternatywie, połączonej z zakupnem Krystynopola, należy dać pierwszeństwo — jako stanowczo korzystniejszej.

Wyższość tej kombinacyi polega mianowicie na tem, że w ten sposób nabywa kraj nowy objekt majątkowy, w którym powstałby zakład kosztem stosunkowo niewielkim, gdyż znacznie niższym, niż wynosi z reguły koszt jakiegokolwiek z powstałych ostatnimi czasy zakładów leczniczych, w których koszt jednego łóżka wynosi co najmniej 2.200 koron, podczas gdy tutaj koszt jednego łóżka uczyni około 1.300 koron. Nabycie Krystynopola z 15-morgowym obszarem parku, sądów i ogrodów daje zarazem możność dalszego rozszerzenia tego zakładu, skoroby się to w przyszłości okazało potrzebnem, podczas gdy w Kulparkowie już obecnie mimo znacznie większego terytoryum, umieszczenie czterech pawilonów i innych zabudowań dla chorych nieuleczalnych nastręcza niejakie trudności, o dalszem zaś rozszerzeniu w przyszłości i mowy byćby nie mogło. W ogóle zbytnie rozszerzanie zakładu kulparkowskiego pod stolicą kraju, prawie w centrum wielkiego zbiorowiska ludności, gdzie istnieje stale łatwość zawleczenia chorób epidemicznych, a dozór chorych jest utrudniony, zaś bliskość wielkiego miasta staje się dla chorych pokusą do ucieczki, a z drugiej strony przedostają się przeróżne wpływy do funkcyonaryuszów i służby zakładu, przedstawia dość liczne trudności i niewłaściwości. Pod względem zaś tak lekarskim, jak i potrzeby uzdrowienia stosunków zakładu kulparkowskiego, jest rzeczą wielce pożądauą, by zakład ten uwolnić, o ile się to da, od balastu chorych nieuleczalnych i by w możliwie najkrótszym czasie ująć zakładowi coś z nadmiaru przeludniających go chorych. Nabycie Krystynopola i przeniesienie doń 300 nieuleczalnych już w jesieni roku przyszłego, do którego to czasu roboty adaptacyjne bez trudności dałyby się przeprowadzić, umożliwi właśnie osiągnięcie obydwu tych celów.

Biorąc zaś w porównanie ściśle tylko finansową stronę i porównując pod tym względem obie alternatywy, to koszt zakupna Krystynopola i budowli tamże, a koszt budowli na pomieszczenie 300 łóżek dla nieuleczalnych w Kulparkowie staną poniekąd na równi.

Inaczej przedstawiają się dwa inne momenty, które należy tu wziąć pod rozwagę — mianowicie koszty utrzymania służby administracyjnej i gospodarczej i koszty rocznego utrzymania chorych.

Pod pierwszym względem wyniosą koszty utrzymania służby przy samoistnej administracyi Krystynopola i projektowanym na teraz etacie chorych (800 łóżek rocznie) 13 do 14 tysięcy koron więcej, niżby uczyniły zwiększone koszty tej samej natury w Kulparkowie. Co do kosztów rocznego utrzymania chorych, to jakkolwiek nie jesteśmy w możności przedstawić ściśle na cyfrach opartego porównania, to można twierdzić z wszelką pewnością, że koszty te będą w Krystynopolu niższe, a to nie tylko dla tego, że niektóre artykuły, potrzebne do zaopatrzenia zakładu, wypadną tam taniej, niż w Kulparkowie i że za wodę tam opłacać się nie będzie, podczas gdy w Kulparkowie będzie się opłacać miastu po 20 gr. za metr kubiczny wody, co na liczbę 300 chorych uczyni roczny wydatek około 1800 koron — przedewszystkiem jednak dla tego, że w Krystynopolu zamiera Wydział krajowy wprowadzić inną tańszą normę żywienia chorych na klasie 3-ciej.

Dla chorych na klasie 3-ciej, rekrutujących się prawie wyłącznie z niższych warstw ludności, nie przyzwyczajonej do codziennego jadania z mięsem i nie potrzebujących z powodów leczniczych takiego pożywienia, można w Krystynopolu bez obawy wprowadzić normę żywienia o czterech dniach bez mięsa, co obliczone na 300 chorych da rocznie zaoszczędzenie na kosztach żywienia, wynoszące 7.608 koron.

Wprowadzenie takiej samej normy żywienia w Kulparkowie byłoby już trudniejszem, jeżeli się zważy, że trzeba unikać z obłąkanymi wszystkiego, co może ich rozdrażnić i że chory, nim zostanie uznany za nieuleczalnego w czasie obserwacyi choroby, byłby żywiony inaczej, wreszcie że, prócz nieuleczalnych, oddzielonych w specyalnych pawilonach, będzie w gmachu głównym mieścić się i nadal wraz z chorymi uleczalnymi także znaczna liczba nieuleczalnych, a między tymi podanie różnego wiktu nie byłoby wskazanem i możliwem, jak niemniej nie byłoby wskazanem nierównomierne traktowanie pod względem wiktu nieuleczalnych, w tym samym zakładzie w różnych pawilonach umieszczonych.

Na przeprowadzenie odgałęzienia drogi żelaznej od stacyi kolei Kulparków do zakładu umysłowo-chorych wstawiliśmy kwotę 40.000 koron.

Wydatek ten w krotkim stosunkowo czasie może być pokryty oszczędnością, osiągniętą za sprowadzanie z dworca kolejowego węgla, drzewa, mąki, ziemniaków i innych produktów w ładunkach całowagonowych.

Uwzględniając projektowane rozszerzenie można przyjąć, iż do zakładu sprowadza się ładunek 250 wagonów kolejowych rocznie. Ponieważ dostawa jednego wagonu (10.000 *kg*) ze stacyi Lwów do zakładu kosztuje przeciętnie 24 koron, zatem dowóz tych 250 wagonów kosztowałby rocznie okrągło 6.000 koron. Oprocentowanie 40 tys. koron, amortyzacya a także utrzymanie nadzoru i wyładowywznie wagonów będą kosztowały okrągło 4.000 koron, zatem na opłacenie kolejowych należytości dowozowych pozostałoby 2.000 kor., czyli po 8 kor. od wagonu. Tymczasem dyrekcya stanisławowska zażądałc po 10 kor. opłaty od wagonu. Ze względu iż zakład kulparkowski nie powinien płacić wyższych należytości, niż te, które opłaca salina na torze dowozowym w Kałuszu, to jest po 6 koron, udaliśmy się do c. k. Ministerstwa kolei żelaznych z prośbą o udzielenie takiegoż ustępstwa i dla dowozowej drogi do zakładu kulparkowskiego, co oprócz wielkiej dogodności przysporzy zakładowy pewny zysk w uzyskanych oszczędnościach na dotychczasowych kosztach transportów. Tylko w razie pomyślnego załatwienia tej prośby przez ministerstwo — Wydział krajowy przystąpi do wykonania tej drogi, której plany i kosztorysy już zostały opracowane i komisya obchodowa na gruncie czynność swą spełniła.

Na podstawie powyższego sprawozdania Wydział krajowy uprasza:

Wysoki Sejm raczy uchwalić:

Sejm upoważnia Wydział krajowy:

1. do zakupna i przekształcenia pałacu w Krystynopolu na pomieszczenie 300 umysłowo-chorych nieuleczalnych, oraz wykonania potrzebnych budowli kosztem 395.248 koron.

2. Do wykonania w Kulparkowie budowli, przekształceń i innych inwestycyj, w sprawozdaniu wyszczególnionych, ogólnym kosztem 821.023 koron.

3. Do użycia na cele budowy tytułem pożyczki funduszu majątku zarodowego zakładu kulparkowskiego i części kapitałów, będących własnością szpitala św. Łazarza w Krakowie do wysokości sumy w gotówce 400 tysięcy koron.

4. Do zaciągnięcia pożyczki pod warunkami możliwie najkorzystniejszymi w tej wysokości, jaka się okaże konieczną dla uzyskania kwoty 820.000 koron. (Ciąg dalszy nastąpi).

Korespondencye.

Kraków, 20. maja

Od roku *Zentralblatt für Chirurgie* niemal wcale nie miało referatu z prac chirurgicznych w polskim języku, co daje powód, że zagranica dowiaduje się o artykułach polskich autorów tylko o tyle, o ile ogłoszone zostały po niemiecku, albo po francusku. Podjąłem się tedy referatów do tygodnika „Zentralblatt für Chirurgie" a może raczycie to ogłosić w Waszem piśmie, aby autorowie polskich prac z zakresu chirurgii jak najrychlej przysyłali swe odbitki celem napisania refejatów w niemieckim języku o tych pracach.

Drugą wiadomością z Wami się podzielę, że Zarząd główny Towarzystwa Szkoły ludowej w Krakowie, ustanowił posadę lekarza szkolnego dla szkoły polskiej imienia Tadeusza Kościuszki w Białej. Czynności te dotąd sam bezinteresownie pełniłem, będąc członkiem Zarządu głównego T. S. L. i przewodniczącym komitetu szkolnego w Białej. Szkoła ta monumentalna pod względem stylu i budowy jest wzorową i pod względem sanitarnym. Sale szkolne duże i jasne, dobrze wentylowane, korytarze obszerne. Szkoła ma refektarz, gdzie biedne dzieci w zimowych miesiącach dostają ciepłe mleko a nadto jest łazienka dla grona nauczycielskiego i dla dzieci szkolnych.

Dr. Bogdanik.

Adres: Dr. Józef Bogdanik, Kraków, Wielopole 5.

KRONIKA.

Na fundusz zapomogowy Tow. Samopomocy lekarzy przysłał kol. Zygmunt Smolarski z Przemyśla kwotę 93 kor. 80 hal. „zebraną zamiast wieńców na trumnę ś. p. kol. Szalaya i Iwańskiego" od kolegów przemyskich. Kwotę powyższą przesłałem czekiem Nr. 853·810 do centralnej Kasy Tow. Samopomocy lekarzy. *Generalny sekretarz Dr. Langie.*

Fundusz zapomogowy. Pozostało 742 kor. 27 hal. Przybyły honorarya autorskie: dr. Z. Pelczar 5 kor. 46 hal., dr. A. Roicki 2 kor. 43 hal., Lwowski komitet organizacyjny przekazał resztę swych funduszów w kwocie 158 kor. 37 hal. Pozostaje 903 kor. 53 hal.

W sprawie Reprezentacyi Tow. Samopomocy. Po ukonstytuowaniu się pierwszej Reprezentacyi lwowskiej Tow. Samop. lekarzy w myśl nowego statutu koledzy, zamieszkali w powiatach sądowych: Bełz, Bóbrka, Cieszanów, Gródek, Janów, Kulików, Lubaczów, Mosty Wielkie, Niemirów, Rawa Ruska, Sokal, Szczerzec, Uhnów, Winniki i Żółkiew, chcąc wstąpić do Towarzystwa, zechcą zgłosić się do Zarządu Reprezentacyi lwowskiej, a mianowicie do skarbnika Reprezentacyi kol. dr. Henryka Mańkowskiego, Lwów, ul. Kochanowskiego 33.

Obecnie może być utworzoną także Reprezentacya Towarzystwa w Przemyślu, gdyż liczba członków w obwodzie przemyskim odpowiada statutowi. Do Reprezentacyi tej należeć mogą członkowie, mieszkający w następujących powiatach sądowych: Dobromil, Dubiecko, Jarosław, Jaworów, Krakowiec, Mościska, Niżankowice, Pruchnik, Przemyśl, Radymno, Sądowa Wisznia i Sieniawa.

Natomiast członkowie innych obwodów, jeżeli życzą sobie utworzenia Reprezentacyi, muszą zgłosić życzenie swe w Centralnym Wydziale Towarzystwa w Krakowie na ręce generalnego sekretarza całem zbadania, czy liczba członków odpowiada stosunkowi, wymagaeemu przez statut do utworzenia Reprezentacyi lokalnej.

Generalny sekretarz Dr. Langie.

Sekretarz Reprezentacyi lwowskiej Tow. Samopomocy lekarzy, kol. Józef Mayer, prosi nas o zawiadomienie kolegów, że podczas jego pobytu w Krynicy zastępować go będzie kol. Mańkowski (ul. Kochanowskiego 33), że więc w sprawach, dotyczących Reprezentacyi lwowskiej, należy się, od dnia 27. maja począwszy, do niego odnosić.

Sanatorya dla dzieci w Anglii. Niektóre z lecznic nadmorskich w Anglii, przeznaczonych dla dzieci skofulicznych, mogą pomieścić do 700 dzieci, a nie do 70 dzieci jak wskutek błędu drukarskiego w fejletonie w Nr. 10-ym „Głosu lekarzy“ podano.

Wykaz prenumeratorów.

(Ciąg dalszy).

Dr. Legieżyński 9·— kor., dr. Dika 6·—, dr. Szczepański 6·—, dr. Jan Wiktor 12·—, dr. Eisenstein 6·—, Leon Rosenbau z Łopatyna 4·60, dr. Berggrün 20·—, dr. Dzikowski 6·—, dr. Kaufmann 6·—, dr. Ligęza 3·—, dr. Arnold 3·—, dr. Rożański 9·—.

Do Towarzystwa Samopomocy nadesłał dr. W. Arnolde ze Lwowa 3.— koron.

Korespondencya redakcyi.

Kol. dr. Dzikowski: Dziękujemy za słowa uznania.

Kol. dr. Skórski: Będzie w następnym numerze.

Ukończony słuchacz medycyny, poszukujący posady przez inserat w „Głosie lekarzy“ zechce się zgłosić w tej sprawie u redaktora.

Kol. dr. Regiec. Nie było miejsca w tym numerze. Zresztą „Przewodnik kąpielowy“ według zapowiedzi redakcyi rozsyłany bywa do wszystkich lekarzy, cel więc osiągnięty a powtarzanie tej rzeczy drugi raz zbyteczne.

Nasz fundusz zapomogowy.

Zdarza się często, że lekarz z powodu starań o polepszenie bytu naraża się na materyalne szkody. Niedawno krakowska Izba lekarska rozpatrywała sprawę kolegów, którzy przeciw obniżeniu diet za szczepienie z 7 K na 6 K wnieśli rekursy do ministerstwa i skutkiem tego w następnym roku szczepienia zostali pozbawieni. W takim wypadku jest obowiązkiem wszystkich lekarzy dopomódz koledze w walce o słuszne prawa tem więcej, gdy przez staranie rzutniejszych jednostek ogół korzyści odnieść może. Należało więc kolegom, którzy rekursy wnieśli przeciw nieprawnemu obniżeniu należytości za szczepienie, koszty i straty powetować.

Przytoczę jeszcze jeden przykład. W pewnem miasteczku lekarze zmówili się, że żaden z nich nie obejmie obowiązków lekarza więziennego, lecz obowiązki te wspólnie na przemian będą wykonywali za minimalnem wynagrodzeniem 300 K. rocznie. Deklaracyę w tym kierunku wniesiono do sądu. Lecz po podpisaniu deklaracyi jeden z podpisanych poza plecami innych zawarł z sądem ugodę i podjął się obowiązków więziennych za 50 K rocznie. Za czyn tak nieetyczny powinnaby go spotkać jak najsurowsza kara koleżeńska, gdyby nie ta łagodząca okoliczność, która wiele usterek etycznych między lekarzami powoduje, że uczynił to *necessitate coactus*, z nędzy. I w tym wypadku można było zapobiedz wykroczeniu koleżeńskiemu, gdyby się temu nędzarzowi z funduszów koleżeńskich dało te 50 K, po które z poniżeniem godności stanu do skąpych pracodawców rękę wyciągnął.

Podobnych zdarzeń jest bardzo wiele, gdzie koleżeńska pomoc materyalna zdoła poprzeć starania o poprawę norm wynagrodzenia lekarskiego a nieraz kolegę głodnego od moralnego upadku uchroni, wstrzymując go od łamania solidarnej umowy koleżeńskiej.

I w tym celu zbieramy nasz fundusz zapomogowy, który już obecnie blisko 1000 K wynosi. Ponieważ jednak ogół Kolegów zachowuje się dość obojętnie w tej sprawie i nie zasila funduszu składkami, chcemy się upewnić, czy Koledzy życzą sobie, aby taki fundusz utworzono, w przeciwnym bowiem razie zebraną kwotę obrócimy na inny cel ogólno-zawodowy. Prosimy więc każdego z Kolegów, by w tym względzie doniósł nam swe zdanie a jeśli uznaje potrzebę naszego funduszu zapomogowego, by nadesłał choćby najdrobniejszy datek.

Fundusz ten gotowiśmy przekazać do dyspozycyi którejkolwiek z korporacyj lekarskich, gdyby to było wskazanem i już przed kilkoma miesiącami rokowaliśmy o tem z Zarządem Tow. Samopomocy.

NADESŁANE.

L. 1905.

Konkurs.

Wydział powiatowy w Buczaczu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Uściu Zielonem z płacą 1000 kor. i 600 kor. na objazdy rocznie.

Do okręgu należy 11 miejscowości. Apteka w miejscu. Warunki określone ustawą z d. 2. lutego 1891. Dz. u. kr. Nr. 17.

Termin do wnoszenia podań do 15. czerwca b. r.

Lekarz okręgowy będzie mógł za osobnem wynagrodzeniem ze strony biura gminy w Uściu Zielonem spełniać obowiązki lekarza miejskiego.

Z Wydziału powiatowego.

Buczacz 23. maja 1904.

Prezes:
Dr. Krzyżanowski.

IWONICZ

Zakład zdrojowo-kąpielowy i klimatyczny w GALICYI, stacya kolei IWONICZ.

Szczawy słono-jodo-bromowe i żelazisto-jodowo-bromowe, kąpiele słono-jodowe, igliwiowe, borowinowe, gazowe jak w Nauheimie, rzeczne, zabiegi hydropatyczne, mięsienie, gimnastyka lecznicza i elektroterapia. Wskazanie: Zołzy (scrophulosis), choroby kobiece, wypociny p ozapalne, kiła i choroby skórne, dna i gościec. przerost gruczołu tarczykowego, obrzęki wątroby i śledziony, wady serca i tętnic, kamienie żółciowe. Zakład położony w lesie szpilkowym 608 m nad pow. morza, w uroczej górskiej okolicy. — Urządzenie wzorowe, mieszkania wygodne, elektryczne oświetlenie.— Wodociągi, woda do picia źródlana ze skały bijąca. Kaplica zakładowa. Poczta i tel graf w miejscu. Lekarz zakładowy: Dr. JULIAN STANISZEWSKI z Krakowa i Doc. Dr. ANTONI GABRYSZEWSKI ze Lwowa, tudzież 4-ch wolno praktykujących lekarzy. — Dla wygody P. T. Gości utrzymuje Zakład spedytora p. S. Bocka na stacyi kol. Iwonicz.

Sezon od 20 maja do końca września. W I. sezonie do 20 czerwca i w III. od 20 sierpnia mieszkania znacznie tańsze. Uwolnienia od taksy na mocy świadectwa ubóstwa udziela się tylko w I. i III. sezonie. Zamówienia na mieszkania, wodę. sól, muł i ług przyjmuje i wszelkich wyjaśnień udziela

Dyrekcya Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Iwoniczu.

Lekarze zdrojowi.

Inseraty w tym dziale zgłaszać należy bezpośrednio pod adresem redakcyi.

Dr. Leon Kropf

były uczeń uniw. Jagiell. ordynuje i mieszka stale

w Karlsbadzie

THEATERGASSE „MINERVA“ i zwraca uwagę Szanownych Kolegów, że z roku na rok zwiększa się tutaj liczba kuracyuszów zimowych, albowiem doświadczenie wykazuje, że wyniki leczenia zdrojowego są równie dobre w każdym miesiącu, koszta zaś utrzymania znacznie są mniejsze, a wygody większe przed i po głównym sezonie.

Dr. J. Kołączkowski w Szczawnicy

kierownik Zakładu wodoleczniczego i Pensyonatu ordynuje od 25 lat. Ceny w Pensyonacie przystępne. Kuchnia wykwintna. Kuracya nowoczesna.

Dr. E. Damański

ordynuje jak w latach poprzednich w Iwoniczu.

Dr. W. Sadowski

ordynuje jak lat ubiegłych

w Reichenhall

Villa Schönheim.

We Francensbadzie

willa „Stadt Paris“

ordynuje, jak lat ubiegłych,

Dr. Józef Zeitner.

Dr. Zenon Pelczar

b. długoletni lekarz zakładowy ordynuje nadal od 15. maja

w Truskawcu willa „Zofia“.

Dr. M. Cercha

ordynuje od 28. maja

w Krynicy,

willa: **„Domek szwajcarski“.**

Marienbad

Dr. St. Benedykt Kwiatkowski

b. I. asystent klinik chorób wewnętrznych Uniw. Jagiell. ordynuje, podobnie jak w roku zeszłym,

Kaiserstrasse, „Stadt Hamburg“.

Były asystent Uniwersytetu Jagiell.

Dr. Albert Süsskind

ordynuje jak w latach poprzednich

w Karlsbadzie

Sprudelstrasse Haus „Amerikaner“.

B. asystent Uniwersytetu Jagiellońskiego

Dr. Julian Staniszewski

lekarz zakładowy

ORDYNUJE JAK W LATACH POPRZEDNICH

w Iwoniczu.

Dr. JÓZEF MAYER

ORDYNUJE JAK W ROKU POPRZEDNIM

w Krynicy - Łazienki borowinowe.

Cieplice Trenczyńskie.

Dr. S. Filipkiewicz

ordynuje jak lat ubiegłych i wysyła na żądanie Szan. kolegów broszury.

Dr. Zygmunt Aszkenazy

lekarz chorób kobiecych i specyal. masażu ordynuje jak lat ubiegłych w Krynicy, dom pod „Orłem“.

Dr. Stauber

ordynuje przez sezon letni, jak dawniej

w Iwoniczu

Dr. S. Lanes

ordynuje podczas sezonu jak w latach poprzednich

w Iwoniczu.

OGŁOSZENIA

ROK ZAŁOŻENIA 1892.

Jakób Führer

fachowo uzdolniony bandażysta

Lwów — Trybunalska l. 10.

poleca swoje specyały:



1) Pasy przepuklinowe całkiem nowe kombinacye.
2) Pasy brzuszne, p porodowe, dla utrzymania figury i zmniejszenia obwodu.
3) Pasy pępkowe.
4) Pasy menstruacyjne.
5) Prostotrzymacze we wszystkich nowych ulepszonych formach i sznórówki.
6) Suspensoria w 50-ciu fasonach z różnych materyałów, najdoskonalsze.
7) Bandaże żylakowe i gumowe, pończochy bez szwów.

Skład rękawiczek, szelek, krawat i podwiązek.

Zlecenia z prowincyi za pobraniem natychmiast.

Pierwsze w Galicyi przez Wysokie c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych
(w myśl §. 31. ustawy o „artykułach żywności“ z d. 16. stycznia 1896, Dz. p. p. Nr. 89 ex 1897).
URZĘDOWNIE UPOWAŻNIONE

CHEMICZNO-MIKROSKOPOWO-ANALITYCZNE-LABORATORYUM

do badania pokarmów, artykułów spożywczych, leczniczych, handlowych, technicznych, gospodarczych, hygienicznych, analiz sądowych, moczu, plwocin i t. p.:

WALEREGO WŁODZIMIRSKIEGO

zaprzysiężonego chemika c. k. sądu krajowego karnego,
zaprzysiężonego rzeczoznawcy i oceniciela c. k. Sądu krajowego cywilnego,
egzminowanego na wszechnicy we Wiedniu znawcy artykułów spożywczych,
członka stałej Komisyi zdrowotnej miasta Lwowa,
członka i referenta Komisyi Jurorów Wystawy krajowej w roku 1894 we Lwowie,
(byłego właściciela apteki)
we Lwowie, przy ul. Jagielońskiej pod l. 18.

Z „Drukarni Udziałowej“ Lwów, ul. Lindego l. 8.